

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**UM PERCURSO RETROSPETIVO DO PROCESSO DE
AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.**

**Implicações da Manobra de Valsalva no Segundo
Período do Trabalho de Parto: Revisão Integrativa da
Literatura.**

Relatório de Estágio

**Relatório Final de Estágio orientado pela Prof.(a) Doutor(a):
Marinha Carneiro**

Heloísa Raquel de Jesus Pacheco

Porto | 2014

AGRADECIMENTOS

O que seria a minha vida na ausência de pessoas para compartilhar alegrias e tristezas? Não teria sentido. Todas pessoas que me acompanharam, professores e profissionais, constituem o que sou hoje. Por isso, exponho os meus sinceros agradecimentos:

Às Professoras Irene Cerejeira e Marinha Carneiro, pelos conselhos, competência científica e profissional e, valiosas críticas feitas em diversos momentos do estágio, cruciais no meu crescimento enquanto pessoa e profissional;

Às enfermeiras tutoras, pela orientação, instrução na aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia;

Aos meus pais, por me conduzirem por caminhos certos, auxiliando-me nas melhores decisões e que apesar das ausências em momentos importantes se manifestaram compreensivos.

Ao Marco, pela paciência companheirismo, tolerância e compreensão prestados ao longo destes anos de curso.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, em especial à Cátia, pelo apoio incondicional, motivação e amizade manifestada.

SIGLAS E ABREVIATURAS

BP - Bloco de Partos

CHTS - Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

CTG - Cardiotocografia

DPPNI - Descolamento Prematuro de Placenta Normalmente Inserida

DUM - Data da última menstruação

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EGB - Estreptococos Grupo B

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

HTA - Hipertensão Arterial

HPA - Hospital Padre Américo

IB - Índice de Bishop

IG - Idade Gestacional

LA - Líquido Amniótico

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

MF - Movimentos Fetais

MV - Manobra de Valsalva

NICE - *National Institute for Health and Clinical Excellence*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PBE - Prática Baseada em Evidência

PE - Pré-Eclâmpsia

RCF - Restrição de Crescimento Fetal

RN - Recém-nascido

SAPE - Sistema d Apoio à Prática de Enfermagem

TP - Trabalho de Parto

RESUMO

O presente relatório de estágio profissionalizante descreve as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências específicas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de acordo com o regulamento do ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, para obtenção do grau de mestre, cujas áreas de intervenção em análise privilegiaram os cuidados à mulher no processo de Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Pós Parto.

Foram desenvolvidas intervenções de enfermagem suportadas em evidências científicas mais atuais. Para além da análise crítica e reflexiva dos cuidados especializados no âmbito da Saúde Materna e Obstetrícia, foram problematizadas práticas e condutas durante o segundo período do trabalho de parto como potenciadoras e/ou inibidoras do bem-estar materno e fetal.

Foi realizado um estudo sobre uma revisão integrativa da literatura que objetivou a identificação das implicações maternas e fetais da Manobra de Valsalva no segundo período do trabalho de parto, no sentido de serem adotadas melhores práticas individualizadas e percorrer o longo caminho para a redução da taxa de partos instrumentados, promover o aumento dos partos eutócicos e produzir melhores resultados maternos e fetais. A procura dos melhores cuidados especializados teve como base evidência científica fidedigna, pertinente e atual. Deste estudo, pela análise de estudos significativos, pertinentes e recentes, emergiu uma síntese do conhecimento científico existente.

Os resultados obtidos permitiram determinar que a Manobra de Valsalva provoca danos perineais frequentes e com grau de gravidade aumentados com maiores repercussões após o parto, como o aparecimento de incontinência urinária de esforço e fecal. A mesma prática associa-se a valores de Índice de Apgar mais baixos, nomeadamente no primeiro minuto, por isso, negativamente associada ao pH arterial umbilical. Há necessidade de serem realizados mais estudos que evidenciem os resultados maternos e fetais de acordo com a técnica de puxo materno em mulheres que optam pela analgesia epidural.

Palavras-chave: Manobra de Valsalva; período expulsivo; parto; resultados maternos e fetais.

ABSTRACT

This report describes the work experience activities for the acquisition of specific Nursing Maternal Health and Midwifery skills, according to the regulation of the course of study at the School of Nursing of Porto, for the degree of master, whose areas analysis favored intervention in the care of the woman in the process with Pregnancy Complications, Labor and Postpartum.

Nursing interventions supported in most current scientific evidence has been developed. Beyond the critical and reflective analysis of specialized care within the Maternal Health and Midwifery, practices and behavior during the expulsive stage of labor as enhancer and/or inhibitors of maternal and fetal wellbeing were problematized.

A study under an integrative literature review aimed to identify the maternal and fetal implications of the Valsalva maneuver during second stage of labor, to be adopted best practices and individualized travel the long road to reduction of instrumented deliveries, was held to promote increased deliveries and produce better maternal and fetal outcomes. The search for the best specialist care was based on reliable, relevant and current scientific evidence. This study, the analysis of significant, relevant and recent studies emerged a synthesis of existing scientific knowledge.

The results showed that there Valsalva maneuver causes frequent and degree of severity increased with greater repercussions perineal damage after delivery, as the appearance of urinary and fecal incontinence. The same practice is associated with values lower Apgar

index, particularly in the first minute, therefore, negatively associated with umbilical arterial pH. There is need for more studies focusing on maternal and fetal outcomes according to the technique of breast pull in women who choose epidural analgesia be achieved.

Keywords: Valsalva maneuver; expulsive phase; labor; maternal and fetal outcome.

ÍNDICE

Introdução	13
1. Um Projeto Individual	17
2. Descrição das Atividades de Estágio.....	21
2.1. Aquisição e Desenvolvimento das Competências do EESMO	22
2.1.1. Gravidez.....	22
2.1.2. Trabalho de Parto e Parto.....	42
2.1.3. Pós-parto	69
3. Implicações da Manobra de Valsalva no período expulsivo do Trabalho de Parto: Revisão Integrativa da Literatura	81
3.1. Introdução ao Problema.....	82
3.2. Método.....	82
3.3. Resultados.....	87
3.4. Discussão	94
3.5. Conclusão da Revisão Integrativa	101
4. Análise Crítico-Reflexiva sobre o Desenvolvimento de Competências do Estágio Profissionalizante	103
Conclusão	105
Referências Bibliográficas.....	107
Anexos.....	107
Anexo I - Partos Executados e Participados ao Longo do Estágio.....	117

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Número de grávidas alvo de cuidados e vigilância.	104
Figura 2 - Número de puérperas e recém-nascidos alvo de cuidados e vigilância.	104
Figura 3 - Número de partos realizados e participados.	104

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação da PE de acordo com o grau de gravidade	26
Tabela 2: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa	89

INTRODUÇÃO

O regulamento do segundo ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) salvaguarda que o estudante pode optar pela realização de um estágio de natureza profissional, para a obtenção do grau académico de uma determinada área. O mesmo regulamento refere que este implicará a elaboração de um projeto de estágio com relevância para a prática clínica, de acordo com os objetivos definidos para o processo formativo e respetiva avaliação.

O presente relatório de estágio visa a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes inerentes aos cuidados de enfermagem direcionados para as respostas humanas de saúde e doença da mulher no âmbito da saúde materna e obstetrícia. Baseia-se essencialmente na formulação do juízo clínico, terapêutico e ético, essenciais ao processo de tomada de decisões e orientadores do percurso formativo, em resposta ao projeto de desenvolvimento de competências no âmbito do estágio: gravidez, trabalho de parto (TP) e pós-parto.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) é responsável por intervenções autónomas em situações de baixo risco e intervenções autónomas e interdependentes em situações de médio e alto risco envolvidas no processo de vida do ciclo reprodutivo da mulher, descritas no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, aprovado em 2010.

A aquisição e o desenvolvimento de competências do EEESMO evidenciam-se na conceção de cuidados de enfermagem especializados à mulher que, no âmbito da saúde materna e obstetrícia, vivencia processos

de saúde e doença. Esta tem como fundamento principal a promoção da saúde e reflete-se na gestão de projetos individuais, na adoção de estilos de vida saudáveis e na transição e adaptação ao exercício do novo papel, a parentalidade.

O processo de aquisição de competências é complexo sendo que a recontextualização e mobilização de saberes de suporte à prática clínica baseada em evidências científicas, tornou-se essencial para o seu sucesso.

A Manobra de Valsava (MV), embora pouco estudada, é uma prática usual na assistência ao parto. Nos países desenvolvidos, as parturientes são, na maioria das vezes, instruídas a executar esta manobra, vista como meio de participação ativa no parto. Atualmente, quando se fala em parto natural e na espontaneidade do processo de parto, esta prática ainda é comum.

A pesquisa sobre as evidências científicas mais recentes permitiu a consolidação de conhecimentos e habilidades no segundo período do TP e, na obtenção de fundamentos que viabilizam ou, por outro lado, desencorajam práticas que possam por em causa o bem-estar materno e fetal. Assim, considerou-se pertinente aprofundar, por meio da realização de uma revisão integrativa da literatura, as implicações da MV no segundo período do TP.

Tendo como finalidade a apresentação das atividades desenvolvidas ao longo do caminho percorrido no decorrer do estágio profissionalizante e com base no cumprimento das exigências estipuladas no regulamento do curso de mestrado, o presente relatório encontra-se dividido em quatro capítulos.

O primeiro capítulo apresenta o projeto individual de estágio, descrevendo-se os objetivos e percurso realizado. No segundo capítulo estão descritas as atividades desenvolvidas com vista a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEESMO. No terceiro capítulo é apresentada a revisão integrativa da literatura sobre as implicações da Manobra de Valsalva no segundo período do trabalho de parto e, por último, no quarto capítulo é realizada a análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio.

A metodologia adotada para a realização do presente relatório e que sustenta o desenvolvimento do percurso do estágio assenta na prática baseada em evidências científicas. Para tal, além de pesquisas realizadas em livros existentes na biblioteca da ESEP e de caris pessoal, foi realizada uma vasta pesquisa em bases de dados MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, Cochrane Database of Systematic Reviews, entre outras, através das plataformas EBSCO host e Ovid.

1. UM PROJETO INDIVIDUAL

O estágio de natureza profissional decorreu em três unidades de cuidados especializados do Hospital Padre Américo (HPA), incluído no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS): Serviço de Ginecologia, Serviço de Obstetrícia e Bloco de Partos. Apenas o Bloco de Partos usufrui de cuidados de enfermagem especializados, vinte e quatro horas. A equipa de enfermagem dos serviços de Ginecologia/Obstetrícia é comum e integram a mesma enfermeiros de cuidados gerais, na sua maioria.

Tendo por base o plano de estudos e o domínio de aquisição de competências do EEESMO preconizado pela Ordem Dos Enfermeiros (2010) tornou-se crucial traçar objetivos exequíveis, bem como estratégias de concretização dos mesmos com vista ao planeamento e organização do estágio em função das competências a desenvolver. Assim, foram delineados os seguintes objetivos:

- Adquirir competências que permitam intervir no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, TP e pós-parto;
- Desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e à família na saúde reprodutora e gravidez, no processo de maternidade e exercício da parentalidade;
- Integrar os conhecimentos teóricos de investigação em enfermagem, problematizando uma temática de interesse para a prática do EEESMO, a partir de evidências científicas atuais.

Uma vez que o estágio se realizou em unidades distintas, no início de cada área integrante do mesmo, foram apresentados e discutidos os objetivos propostos, as atividades passíveis de serem desenvolvidas em

cada um dos serviços e as estratégias inerentes ao seu planeamento. A primeira semana de estágio serviu para conhecer a estrutura orgânico-funcional, a dinâmica e as metodologias da organização de trabalho, bem como as intervenções desenvolvidas pelo EEESMO nos respetivos contextos de internamento. Serviu ainda para identificar o sistema de informação utilizado, os registos de enfermagem, os protocolos existentes e os projetos em vias de desenvolvimento, nos quais fosse possível a colaboração.

As semanas seguintes permitiram a integração na equipa de enfermagem, no envolvimento ativo em projetos na área dos cuidados de enfermagem, na análise crítica do processo de aprendizagem e a respetiva operacionalização na prática. A recontextualização dos conhecimentos e implementação de intervenções de acordo com a especificidade do processo de enfermagem e a singularidade da pessoa, durante o período vivenciado pela mesma, foi um processo fulcral nos diferentes momentos de estágio.

Como estratégias de suporte à prática clínica recorreu-se à evidência científica atual que melhor traduzisse a mesma, bem como a protocolos existentes nos HPA, comparando-os com outros pré-existentes, base para o processo de aprendizagem e construção do presente relatório.

Existe uma multiplicidade de atividades inerentes aos cuidados especializados prestados à mulher em TP. Numa época em que o parto humanizado é uma conduta recomendada por várias entidades internacionais, o incentivo à prática da Manobra de Valsalva (MV) constitui uma técnica que interfere com este pressuposto. As recomendações da OMS (1996) na assistência ao parto normal visam a estimulação de práticas úteis e a eliminação de outras prejudiciais ou ineficazes, com base em evidências científicas. Observou-se que a maioria das situações imerge no incentivo à mulher em realizar puxos contínuos e mantidos, denominados também de puxos dirigidos ou MV. Assim, no que concerne à gestão do período expulsivo do TP, esta está associada a um conjunto de comportamentos específicos, como o que diz respeito aos esforços expulsivos, conjunto de práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas de acordo com as recomendações supramencionadas.

No sentido de integrar os conhecimentos teóricos de investigação em enfermagem, problematizando uma temática de interesse, a Manobra de Valsalva (MV) como uma técnica utilizada para orientar o puxo materno, foi estudada através da realização de uma revisão integrativa da literatura. Assim, teve como principal objetivo compreender quais os fundamentos de incentivo ou que, por sua vez, inviabilizam esta prática, na busca de implicações maternas e fetais da MV no período expulsivo do parto. Assim, a revisão integrativa da literatura visou a mobilização de saberes de suporte à prática clínica e a integração de conhecimentos para a melhoria dos cuidados, baseando-se em evidências científicas e simultaneamente permitiu o desenvolvimento competências na área da investigação em enfermagem.

O conjunto de todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO baseou-se no regulamento de competências definido pela Ordem Dos Enfermeiros (2010), sustentado na Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de setembro de 2005, transposta para direito interno pelo Artigo n.º 37 do Decreto-Lei nº16/2009 de 4 de março. O cumprimento destes requisitos implica um esforço contínuo das partes integrantes do processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional quer no cumprimento da carga horária pré-estabelecida, quer na análise crítica das atividades desenvolvidas para a concretização do projeto individual. Na aquisição e desenvolvimento de competências está vigente um processo de ajustamento, responsabilidade pessoal e profissional, bem como o cumprimento da deontologia que rege a prática da enfermagem.

O capítulo seguinte incide na descrição das atividades previstas, planeadas e desenvolvidas durante o estágio, constituintes do projeto individual e profissional que visam a aquisição de competências do EEESMO.

2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

A Ordem Dos Enfermeiros (2010, p. 3) entende como competências específicas aquelas *que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstrados através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.*

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO da Ordem Dos Enfermeiros (2010), este assume a responsabilidade pelo exercício em várias áreas de intervenção, das quais a gravidez: na assistência à mulher que vivencia processos de saúde e doença durante o período pré-natal; TP: efetuando o parto em ambiente seguro, otimizando a saúde da parturiente e do recém-nascido (RN) no seu processo de adaptação à vida extrauterina e, no pós-natal: potencializando a saúde da puérpera e RN, auxiliando no processo de transição e adaptação à parentalidade.

Todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade, partilham um grupo de competências comuns, desenvolvidas e aplicadas em todos os momentos do estágio, tais como: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria da qualidade e gestão dos cuidados, bem como o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem Dos Enfermeiros, 2011).

A descrição das atividades realizadas, os respetivos métodos e as estratégias de trabalho, as situações experienciadas e o conjunto de cuidados prestados ao longo do estágio fundamentam a mobilização de

saberes teóricos, com vista a melhor prática clínica e qualidade na prestação de cuidados especializados.

Ao longo deste capítulo irão ser enunciados exemplos práticos e situações experienciadas sempre que se justifique e sejam consideradas pertinentes para a apresentação de conhecimentos e competências específicas adquiridas.

As aptidões e competências desenvolvidas foram sustentadas nos domínios, unidades de competência e critérios de avaliação descritas no regulamento supra mencionado, concomitantemente com a aplicação do Instrumento de Verificação de Competências definido pela ESEP no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO).

2.1. Aquisição e Desenvolvimento das Competências no âmbito do Estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto

O Estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto visou a aquisição e desenvolvimento de competências no domínio da EEESMO, com vista a recontextualização e mobilização de saberes baseadas na prática baseada em evidências científicas e pensamento crítico para a tomada de decisão.

Serão descritas no presente relatório as experiências e atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio, de acordo com o processo natural em que ocorre, desde a gravidez, parto e pós parto.

2.1.1. Gravidez com Complicações

O momento de estágio decorrido no serviço de Ginecologia/Obstetrícia visou a aquisição e o desenvolvimento de

competências fulcrais à prestação de cuidados especializados à mulher que vivencia processos de saúde / doença durante o período pré-natal. Uma vez que este não possuía o número suficiente de EEESMO, para intervir em situações que exigiam uma vigilância contínua e a prestação de cuidados especializados, as utentes foram transferidas para o Bloco de Partos (BP). Assim, algumas das situações de gravidez com complicações seguidamente descritas foram experienciadas nesse contexto.

Apesar de a gravidez ser considerada um processo natural e fisiológico, durante esta fase da vida, a mulher apresenta uma série de modificações físicas e psicológicas. Sabe-se que a *conceção e a gravidez desencadeiam na futura mãe uma autêntica “revolução” psicossomática* (Cepêda, Brito e Heitor, 2005, p. 5). Ocorrem profundas modificações e adaptações da mesma, tanto a nível físico como psíquico, necessárias para receber o bebé e promover o seu desenvolvimento saudável, preparando-a para a parentalidade (Cepêda, Brito e Heitor, 2005). A adaptação à parentalidade, segundo INC (2011, p. 37), abrange as necessidades parentais relacionadas com os comportamentos *que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe, interiorizando expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados*. Porém, a colheita de dados relativamente ao processo de adaptação à gravidez e parentalidade englobou o conhecimento sobre planeamento da gravidez, sentimentos em relação à gravidez e ao feto, presença de uma rede de suporte familiar e emocional e relação com o pai da criança.

Durante o estágio foi crucial a mobilização de conhecimentos e demonstração competências para um acompanhamento individualizado e adequado às necessidades de cada grávida/casal em particular, sobretudo, na gravidez que é considerada de risco. Segundo Graça (2010), uma gestação é considerada de risco quando a probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida e/ou para o feto é superior à incidência dessa complicação na população em geral.

Uma gravidez de risco requer internamento, o que pode alterar a formação de laços afetivos entre mãe e filho. Para além disso, a grávida fica limitada às normas hospitalares devido ao internamento, o que impõe a

necessidade de ajustes na rotina da casa, no quotidiano dos familiares, sobretudo sobre as exigências da existência de outros filhos. Por outro lado, o internamento implica que a mulher se ajuste à necessidade de controlar o risco.

Constatou-se que a preparação para a parentalidade, em situações de internamentos prolongados, encontra-se deficitária. Aquando da colheita de dados foi possível inferir que a maioria das mulheres da área que abrange o CHTS não participa em atividades de preparação para o parto e parentalidade, embora existentes em diversos centros de saúde e na unidade hospitalar. No sentido de potencializar a capacidade de agir e tomar de decisões no exercício do novo papel, foi realizado um planeamento e implementação de intervenções no âmbito do conhecimento sobre cuidados ao RN. Assim, devido a proximidade do serviço de Obstetrícia, na possibilidade da grávida deambular, a mesma foi incentivada a contactar com as puérperas e os respetivos RN's ainda internados. Este momento teve como principais objetivos a partilha de experiências e observação de cuidados ao RN, como o banho, a higiene do cordão umbilical e muda da fralda. Além dos cuidados básicos ao RN, a amamentação preocupa muitas mulheres durante a gravidez (Lowdermilk e Perry, 2008). A colheita de dados viabilizou o conhecimento acerca da intenção de amamentar da grávida, tipos de apoio e experiências anteriores, dando espaço ao esclarecimento de dúvidas e amenização de receios e medos, dando a conhecer o apoio fornecido pela instituição na criação de um espaço físico, o Cantinho da Amamentação.

No momento da entrada da grávida, no internamento, procedeu-se ao seu acolhimento. Foi, assim, fornecida toda a informação de acordo com as suas necessidades, considerando-se os motivos de internamento, momento em que foram explicados todos os procedimentos e intervenções. A colheita de dados, fulcral na formulação de diagnósticos sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados e individualizados, foi realizada durante o acolhimento e num ambiente cuidado, propício à partilha de preocupações, receios e esclarecimento de dúvidas inerentes ao internamento e real risco gravídico. Para tal, a comunicação terapêutica foi a estratégia selecionada no estabelecimento de um relação com a

grávida ao proporcionar o conforto, estabelecer uma relação de confiança e fornecer informação necessária, baseados na disponibilidade e na empatia.

Com base na colheita de dados inicial, a identificação de focos de atenção e de diagnósticos de enfermagem resultaram no planeamento, implementação e avaliação de intervenções minimizando-se o risco materno e fetal associado à gravidez. Por outro lado, tal como refere Graça (2010), a avaliação inicial, o exame objetivo e os testes laboratoriais, ecográficos, que são realizados no decurso da gravidez, constituem uma ajuda preciosa na prevenção e deteção precoce das situações de risco (Graça, 2010), sendo que a cooperação de todos os profissionais envolvidos é essencial.

Os principais motivos de internamento durante a gravidez, no contexto institucional de realização do estágio, associavam-se maioritariamente à Diabetes *Mellitus* (DM) Gestacional, Pré-Eclâmpsia (PE), Ameaça de Parto Pré Termo (APPT), Abortamento associado a Ruptura Prematura de Membranas (RPM), Restrição de Crescimento Intra-uterino (RCIU), bem como a Pielonefrite.

Foram prestados cuidados a grávidas com patologias anteriormente referidas, no entanto, apenas serão abordadas as situações mais frequentemente experienciadas de gravidez com complicações associadas à PE e ao Abortamento associado a RPM. A descrição das atividades realizadas perante estas situações está de acordo com protocolos existentes no CHTS e pesquisa realizada em evidência científica recente.

A Hipertensão Arterial (HTA) em mulheres em idade reprodutiva é um problema de saúde com uma prevalência que tem vindo a aumentar e cuja abordagem constitui um importante desafio. Foi possível planear e prestar cuidados a grávidas com o diagnóstico de HTA crónica, gestacional e pré-eclâmpsia.

Segundo Graça (2010), a gravidez poderá ser indutora da hipertensão arterial (HTA) em mulheres previamente normotensas ou agravá-la quando esta já se encontra identificada previamente, sendo que ambos os estados hipertensivos são, em geral, acompanhados de proteinúria e/ou edema. A HTA induzida pela gravidez é considerada atualmente *como um sintoma de uma doença multissistémica característica de um estado gestacional (...)*,

designada geralmente de pré-eclâmpsia (Graça, 2010, p. 525). A HTA induzida pela gravidez pode ser transitória quando não existe proteinúria associada e surge nas últimas semanas de gestação (Clode, Graça e Jorge, 2012).

Na literatura atual e após uma revisão cuidada de vários protocolos existentes foi possível inferir que existe uma grande diversidade de critérios de diagnóstico que definem a PE e a classificam de acordo com o grau de gravidade, como ilustra a Tabela 1 (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008, Clode, Graça e Jorge, 2012, Graça, 2010). Importa referir que a HTA é, segundo Graça (2010, p. 530) *um sinal cardinal da PE*, uma vez que os seus valores são indicativos de gravidade. Assim, a classificação da PE como moderada ou grave baseia-se essencialmente nos valores tensionais.

Tabela 1 - Classificação da PE de acordo com o grau de gravidade¹

HTA induzida pela gravidez: Pré- Eclâmpsia	
Moderada	<ul style="list-style-type: none"> - PA diastólica \geq 90mmHg e $<$110mmHg - Proteinúria de 24h $<$5,0g/l ou - Proteinúria ocasional \leq ++
Grave	<ul style="list-style-type: none"> - PA diastólica \geq 110mmHg ou PA sistólica $>$ 160mmHg em 2 ocasiões com pelo menos 6h de intervalo com a grávida em repouso no leito - Proteinúria de 24h $<$5,0g/l ou Proteinúria ocasional \leq ++ - OU, independentemente dos valores de PA, a presença de qualquer um dos seguintes critérios: Creatinínemia crescente; Oligúria ($<$ 500ml/24h); Cianose ou edema pulmonar agudo; Elevação das transaminases; Trombocitopenia; Restrição de Crescimento Fetal (RCF); Alterações visuais ou neurológicas (cefaleias intensas, alterações do estado de consciência); Epigastralgias/dor subcostal direita.

A monitorização diária da TA de quatro em quatro horas, com a grávida em posição sentada, foi uma das intervenções tidas em consideração nestas situações de risco. Segundo Graça (2010), a monitorização da PA deve ser realizada criteriosamente, com a grávida sentada, existindo evidência científica que comprova as variações significativas da PA, sobretudo em decúbito lateral esquerdo e decúbito dorsal com valores de PA mais baixa, que os registados na posição sentada.

¹ Adaptado de ACOG Educational Bulletin, nº219, p. 1-8, Washington DC, 1996 cit. por Graça, 2010, p. 530.

A avaliação ecográfica para vigilância materna e fetal foi outra conduta implementada em parceria com outros profissionais, nomeadamente obstetras.

A deteção e a monitorização dos valores de proteinúria é um critério de diagnóstico para a PE (Bramham, et al., 2013, Neto, Souza e Amorim, 2010). Os mesmos valores sujeitam-se a diversos fatores como: a natureza e valores normais de proteínas excretadas na urina durante a gravidez; o método de deteção e medição; o *timing* da colheita; o volume urinário e a sua concentração. Apesar da proteinúria de vinte e quatro horas continuar a ser o melhor método de medição do grau de proteinúria para a deteção de problemas associados à PE, este critério não é preditivo do agravamento do estado materno e fetal, ou do término da gravidez, como nos refere Graça (2010).

O edema, apesar de lhe ser atribuído uma importância diminuta no que concerne ao prognóstico desta patologia, encontra-se associado à retenção intersticial de sódio, manifestando-se inicialmente pelo aumento súbito de peso corporal (superior a dois quilogramas por semana). Posteriormente, este pode manifestar-se como edema matinal sobretudo na face e na metade superior do corpo (Graça, 2010). Assim, as atividades de vigilância relativamente as estas grávidas incidiram na monitorização do seu peso corporal semanalmente (em situações de internamento prolongados), bem como na vigilância da presença de edemas e evolução dos mesmos. Apesar de ser uma manifestação frequente em situações de PE, foi tido em consideração no âmbito do internamento como um desconforto associado à gravidez (Lowdermilk e Perry, 2008). Nestas grávidas, alvo de cuidados durante o estágio, os edemas manifestaram-se sobretudo nos membros inferiores (na zona maleolar). Face a esta situação eram aconselhadas a deambular, nas situações em que não requeriam repouso absoluto. O uso de meias elásticas poderá ser um meio de promoção do conforto, se utilizadas corretamente, sobretudo calçadas antes do levantar. Ensinar sobre o padrão de repouso, com os membros inferiores elevados e a adoção de uma postura adequada, é uma das intervenções face à presença de edemas com estas características (Lowdermilk e Perry, 2008).

Segundo Neto, Souza e Amorim (2010, p. 466) o *tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é o parto*, recomendado entre as 34 e 37 semanas de gestação. A análise e a interpretação dos protocolos existentes permitiram agir de acordo com a presença de TP, idade gestacional (IG), vitalidade vs maturidade fetal e severidade do quadro clínico associado aos estados materno e fetal, pelo que a decisão entre uma atitude expectante e o parto imediato dependeu destes parâmetros.

A atitude expectante encontra-se *relacionada ao prolongamento da gravidez com melhor prognóstico perinatal e mínimo risco materno* (Neto, Souza e Amorim, 2010, p. 461). Em situações de risco iminente de prematuridade, entre as 24 e as 34 semanas de gestação, foi aplicado o protocolo de corticoterapia antenatal, recomendado com o objetivo principal de induzir a maturidade pulmonar fetal, diminuindo riscos de morbidade fetal aquando do nascimento (Clode, Graça e Jorge, 2012, Graça, 2010, Neto, Souza e Amorim, 2010). Embora individualizada, a atitude expectante é recomendada em casos onde será possível estabelecer-se uma monitorização rigorosa do binómio mãe-feto (Neto, Souza e Amorim, 2010), sendo que estas situações estiveram sempre dependentes das circunstâncias maternas e fetais, relacionadas com a presença de fatores de risco.

No contexto do estágio, a supervisão e monitorização criteriosa do binómio mãe-feto fizeram parte da conceção de cuidados especializados. Assim, as atividades de vigilância como: monitorizar a PA diariamente de quatro em quatro horas, monitorizar o balanço hídrico (a monitorização do débito urinário fornece dados sobre a função renal), monitorizar a proteinúria (ocasionalmente ou em urina de vinte e quatro horas), vigiar a dor (através de escala numérica) e a visão (presença de escotomas, isto é, visualização de pontos negros ou amaurose, perda total da visão); vigiar a presença e a evolução de edemas e o estado geral da grávida conduzem a critérios de diagnóstico que permitiram reconhecer a progressão da doença e intervir precoce e adequadamente de acordo com o grau de risco (Lowdermilk e Perry, 2008).

Além das intervenções de apoiar, vigiar, monitorizar e instruir acima descritas, há cuidados específicos que foram tidos em consideração como

em situações da administração da medicação prescrita. A Nifedipina foi ministrada por via oral e nunca sublingual, pelo risco de hipotensão materna grave. Assim, avaliação da PA antes e após a sua administração foi uma intervenção resultante de prescrição. Além da vigilância materna, também o bem-estar fetal foi monitorizado, diariamente, através de Cardiotocografia (CTG).

A avaliação da condição fetal poderá ser precocemente iniciada, por volta das 10-12 semanas de gestação por meio da auscultação de batimentos cardíacos fetais através do Doppler ou estetoscópio de Pinard, a partir das 16 semanas de gestação (Lowdermilk e Perry, 2008). O uso do Doppler na auscultação de RCF intermitente durante a gravidez é considerado o método mais apropriado e versátil para esse fim, de acordo com Blake (2008). Relativamente ao estetoscópio de Pinard o seu uso não é tão habitual, sendo que só as parteiras experientes com treino auditivo da FCF é que são capazes de perceber a variabilidade, de acordo com o autor supramencionado.

A partir do terceiro trimestre de gestação a avaliação do bem-estar fetal é realizada com o recurso ao traçado cardiotocográfico o que constitui um meio frequentemente utilizado com a avaliação concomitante da contratilidade uterina, da frequência cardíaca fetal (FCF) e de movimentos fetais ativos.

A vigilância do bem-estar materno fetal, onde a CTG desempenha um papel crucial, insere-se nas atividades de exercício profissional autónomas para identificar, tomar decisões e executar os cuidados de enfermagem considerados pertinentes. Todavia, a interpretação do registo cardiotocográfico não pode ser entendida como posterior à fase da execução, pelo que exigiu uma vigilância atenta e contínua. Os dados obtidos durante a monitorização exigiram juízo clínico e tomadas de decisão (Ordem Dos Enfermeiros, 2010). No que diz respeito à posição da grávida e registo, as posições de semi-fowler, sentada ou de decúbito lateral esquerdo foram privilegiadas, por outro lado, o registo durava em média cerca de 20-40 minutos, o tempo suficiente para surgir alterações na pressão arterial e na respiração. Como estratégia para a colocação correta das sondas do CTG foram utilizadas as Manobras de Leopold que têm como principal finalidade

a identificação do dorso fetal, para a captação do foco fetal (Lowdermilk e Perry, 2008).

Apesar de Lowdermilk e Perry (2008) defenderem que o repouso da grávida no leito, nomeadamente em decúbito lateral esquerdo, pode melhorar o fluxo sanguíneo uteroplacentário, promover a diurese e diminuir os valores de tensão arterial, Neto, Souza e Amorim (2010, p. 467), referem que *não existe evidência científica suficiente para recomendar o repouso em situações de PE sem evidência de APPT*, no entanto era uma prática comum no contexto onde se desenvolveu o estágio.

As intervenções de enfermagem neste âmbito tiveram como objetivos promover o autocuidado, autonomia e autoestima da mulher no contexto de internamento, sendo elas direcionadas para o dar banho na cama, assistir no vestir/despir, alimentar-se e no uso do sanitário, quando as situações clínicas assim o exigiram. A gestão do ambiente e a assistência no posicionamento relacionado com uma melhor perfusão placentária e, caso existam edemas dos membros inferiores, são intervenções que compõem a prestação de cuidados à grávida de risco com PE. Segundo Graça (2010), a posição de decúbito lateral esquerdo é a posição privilegiada para a mulher durante a gestação, devido à localização da veia cava, para prevenir a sua compressão, favorecer o débito cardíaco e diminuir o edema nos membros.

A autovigilância e a gestão do regime terapêutico são focos de enfermagem cruciais perante um diagnóstico de PE, pois, envolver a mulher na sua própria saúde durante a gravidez com complicações, tem como principal objetivo a responsabilização por si mesma e pela saúde do feto (Souza, et al., 2007). No âmbito da promoção da saúde e da autovigilância materna, foram realizados ensinamentos à mulher e ao convivente significativo acerca de sinais de alerta (perda sanguínea a nível vaginal, dor abdominal, ausência de perceção dos movimentos fetais e outros).

Neste contexto, a grávida foi ensinada a reconhecer as alterações relacionadas com o bem-estar fetal a nível da perceção dos movimentos fetais, a identificar alterações visuais e neurológicas, uma vez que a visualização de pontos negros e a diminuição da acuidade visual poderá indiciar o aumento dos níveis tensionais súbitos (Graça, 2010). A mesma foi

também ensinada a identificar a dor característica da patologia. As epigastralgias e/ou dor no hipocôndrio direito são causadas por edema hepático ou hemorragia subcapsular do fígado, sendo que as cefaleias (frequentes, independentemente do grau de gravidade) manifestam-se de forma intensa quando antecipam o quadro convulsivo característico da Eclâmpsia (Graça, 2010). O conhecimento da grávida sobre as mesmas poderá auxiliar na detecção do possível agravamento da situação clínica.

Também foram prestados cuidados de enfermagem especializados, a grávidas com rotura prematura de membranas (RPM). Esta define-se como a rotura das membranas corioamnióticas com perda de LA, mais de uma hora antes do início do TP, ocorrendo em 3% de todas as gestações e sendo responsável por cerca de 30% dos nascimentos pré-termo. As atitudes terapêuticas vão sempre ao encontro da IG e do risco materno-fetal iminente (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). A RPM encontra-se relacionada com o aumento de morbimortalidade materna, fetal e neonatal resultante de infeção, prolapso do cordão, descolamento de placenta e prematuridade (Graça, 2010). Ocorrendo antes das 37 semanas de gestação, estamos perante RPM pré-termo e a atuação clínica depende da IG.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), a infeção é um grave efeito colateral da RPM, tornando-a numa das principais complicações da gravidez, pelo que a prevenção e controlo de infeção foram tidas em consideração. Foi realizada vigilância da temperatura corporal, pelo risco de hipertermia, executada a CTG uma vez por turno e sempre que necessário e, observadas as características do líquido amniótico (LA) (quantidade, cor e cheiro), de acordo com os protocolos do serviço.

Quando a RPM ocorre depois das 34 semanas de gestação, caso o parto não ocorra de forma espontânea ao fim de doze horas, procede-se à indução do TP, simultaneamente com o início de profilaxia antibiótica. A profilaxia antibiótica é uma conduta também associada a situações de rastreio desconhecido ou positivo de *Streptococcus Grupo B* (EGB). No caso de rastreio desconhecido, no âmbito do internamento, realizou-se uma colheita de exsudados vaginal e retal para cultura de EGB, pelo contrário, em situações de conhecimento do rastreio EGB, sendo ele positivo

procedeu-se à administração de antibioterapia intraparto, de acordo com o protocolo do serviço. Os protocolos de profilaxia visam diminuir da incidência de complicações materno-fetais no momento do parto, por reduzirem o risco de infeção (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Presente no trato vaginal em 15-20% das grávidas, o EGB é um agente responsável por muitas das infeções maternas, tais como, amniotite, endometrite e sépsis, mas também neonatais como causa importante de morbilidade (sépsis, pneumonia e meningite) e mortalidade perinatal (Hajare, Madhavi e Singh, 2012).

Em situações de RPM, o internamento da grávida é realizado de acordo com a IG ou pela necessidade de ser realizada indução da maturidade pulmonar fetal, com corticoterapia, antes do parto. A medicação instituída de corticoterapia para maturação pulmonar, nomeadamente a Betametasona 12 mg, era administrada num intervalo de 24 horas, complementando duas doses, o que corresponde a um ciclo.

Nas grávidas com idades gestacionais compreendidas entre 23 e 33 semanas de gestação, com contratilidade uterina presente foi sempre iniciada a profilaxia antibiótica até ao parto e tocólise durante um período de 48 horas, tempo necessário à eficácia da corticoterapia. Os agentes tocolíticos reduzem a proporção de nascimentos até sete dias após o início do tratamento (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008), sendo que os mais frequentemente administrados, no contexto do estágio, foram o Atosiban (antagonista da ocitocina) e a Nifedipina (antagonista do cálcio). A administração do Atosiban, por via endovenosa, implicou o conhecimento prévio sobre a correta dose de administração nas três etapas de perfusão e sobre os reais efeitos colaterais (cefaleias, tonturas, náuseas e vômitos), no sentido de manter a vigilância dos mesmos, como intervenção individualizada. Além da tocólise e da maturação pulmonar fetal, nestas situações foi importante a realização da CTG para avaliação do bem-estar fetal e da contratilidade uterina.

Em situações de idades gestacionais inferiores a 23 semanas de gestação, o internamento foi proposto à mulher, não se iniciando a tocólise, a antibioterapia ou a indução maturativa fetal, sendo os progenitores informados acerca do prognóstico fetal. Assim foi tida uma

atitude expectante ou de interrupção medicamente assistida, consentida pelo casal, quando não ocorreu o TP espontâneo, como nos refere Campos, Montenegro e Rodrigues (2008), Clode, Graça e Jorge (2012) e Graça (2010), perfazendo parte das intervenções interdependentes durante o estágio. Perante esta situação, os focos e diagnósticos sensíveis aos cuidados de enfermagem estão relacionados com a perda gestacional, cujas intervenções tomadas a cabo estarão descritas mais à frente no presente relatório.

Ao longo deste período de estágio também foi possível prestar cuidados especializados a mulheres com diagnóstico de retenção de ovo desvitalizado ou em trabalho de abortamento incompleto, na maioria dos casos, no primeiro trimestre de gestação. Sabe-se que cerca de 80% dos abortos espontâneos ocorrem no primeiro trimestre sendo que as causas mais comuns associam-se a anomalias cromossómicas (Lowdermilk e Perry, 2008). Assim, entende-se por abortamento a *interrupção ou fim espontâneo da gravidez com expulsão do embrião ou feto não viável* (INC, 2011, p. 37), sendo que este é espontâneo quando não se encontra causa aparente ou ocorre por meio de intervenção (INC, 2011).

A avaliação inicial da grávida foi crucial na identificação do trabalho de abortamento. A data da última menstruação (DUM) foi um dado de referência para o cálculo da IG, quando conhecida e identificada com exatidão. No entanto, uma larga percentagem de grávidas desconhece a DUM o que torna este método pouco fiável, tal como nos refere Graça (2010). A ecografia é o instrumento utilizado pelo médico obstetra com a finalidade de definir com maior exatidão a IG, identificar a presença de batimentos cardíacos fetais e a viabilidade fetal. Outros dados como os antecedentes pessoais, o índice obstétrico, a presença de sinais e sintomas de trabalho ou a ameaça de abortamento, como a hemorragia e as contrações uterinas dolorosas foram dados relevantes para o diagnóstico referido (Graça, 2010).

A intervenção medicamentosa perante o aborto do primeiro trimestre foi sempre a alternativa viável tendo em conta os benefícios económicos, comodidade e segurança da mulher. Todavia, o protocolo de esvaziamento uterino foi implementado de acordo com o trimestre de

gestação, que incidiu na administração de misoprostol intravaginal, sendo um análogo sintético E1, de ação a nível cervical, com eficácia e tolerabilidade comprovada (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). Importa referir que no contexto de estágio este procedimento foi, em todos os momentos, um ato médico. No entanto, as intervenções de enfermagem face ao tratamento e intervenção medicamentosa foram: informar a mulher e a família acerca do tratamento e dos efeitos colaterais da medicação protocolada tais como, a dor abdominal, a hipertermia, a diarreia, as náuseas e os vômitos e, assegurar a vigilância dos mesmos, desenvolvendo competências nesta área. Segundo Campos, Montenegro e Rodrigues (2008), a pausa alimentar deverá ser mantida até à expulsão completa do feto e da placenta, pelo que foram implementadas intervenções como assegurar pausa alimentar e administrar e gerir soroterapia. As complicações que advêm deste processo incluem o risco de hemorragia, o risco de infeção, pelo que a administração de soroterapia, a antibioterapia e a administração de fármacos promotores da contração uterina, foram ser imprescindíveis (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). A vigilância de sinais vitais, incluindo a dor como quinto sinal vital, em simultâneo com a vigilância da perda hemática vaginal e da expulsão de restos embrionários ou fetais e placentares foram constituintes do processo de cuidados à mulher em trabalho de abortamento.

Além do processo fisiológico do abortamento e das situações de perda gestacional supramencionadas, os aspetos psicossociais da perda de um filho são sensíveis aos cuidados de enfermagem quer para a mulher, quer para a família.

A definição de perda gestacional *abrange um conjunto de situações de perda que podem verificar-se ao longo da gestação ou após o parto, englobando o aborto espontâneo, a morte fetal, a morte neonatal, a interrupção médica da gravidez, bem como o diagnóstico de anomalias congénitas no feto/bebé* (Public Health Agency of Canadá, 2000 cit. por Nazaré, et al., 2010, p. 39). Esta encontra-se associada a um processo transicional, pelo que foram desenvolvidas competências que permitiram apoiar, compreender, promover a expressão de emoções, encaminhar para

outras entidades (quando necessário) e, dar início ao processo de transição iniciado ainda no hospital e que envolve a mulher, o casal e a família.

Portanto, *o Luto corresponde a um conjunto variado de sentimentos e comportamentos que normalmente se verificam após uma perda e, para a pessoa que a sofre, confrontar-se com ela e encarar o mundo diferente em que terá agora de viver, são etapas necessárias para que o processo de luto seja bem-sucedido* (Worden, 2003 Cit. por Nazaré, et al., 2010, p. 40). O mesmo autor propõe quatro tarefas básicas para que este se conclua de forma adaptativa: *aceitação da realidade da perda*; experienciar a dor - *o indivíduo necessita de reconhecer e lidar com a sua dor, caso contrário esta manifestar-se-á através de outros sintomas, nomeadamente somáticos*; ajustamento do sujeito a diversos níveis atingidos pela perda, quer sejam eles externos ou internos; por fim, dá-se por concluído o processo de luto quando *a pessoa se torna capaz de integrar emocionalmente a perda prosseguindo com a sua vida* (Public Health Agency of Canadá, 2000 cit. por Nazaré, et al., 2010, p. 40).

Apesar da instituição onde se realizou o estágio disponibilizar o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), a identificação do processo de luto como foco de atenção em enfermagem perfazendo um diagnóstico sensível aos cuidados especializados e registo das intervenções inerentes ao mesmo no sistema informático e, portanto, no processo de enfermagem não foi concretizado. Os registos de enfermagem têm como finalidade descrever a situação do indivíduo, família ou comunidade e quais os cuidados de enfermagem que lhe foram prestados. Atualmente, a falta de registo pressupõe a não individualização dos cuidados, necessidades em cuidados não identificadas, bem como intervenções não planeadas e, por sua vez, não executadas. Consequentemente surgirão défice de resultados o que porá em causa a qualidade dos cuidados prestados e os indicadores de saúde. Os registos de enfermagem permitem avaliar, em qualquer momento a qualidade dos cuidados. Assim, apesar de não haver um registo nesta área, o processo de luto em nenhum momento foi descurado, mesmo nas situações de internamentos curtos, em que apenas foi possível identificar a primeira fase do processo de luto, a aceitação da realidade da perda.

A presença dos enfermeiros é fulcral no reconhecimento da intensidade do sofrimento inerente à perda, caso contrário pode entender-se que o luto é desnecessário, dificultando a concretização desta tarefa (Nazaré, et al., 2010). Por conseguinte, a primeira abordagem passou pela disponibilidade e escuta ativa. A mesma permitiu o estabelecimento de uma relação terapêutica e empática dando espaço à verbalização de sentimentos inerentes à vivência da perda e, simultaneamente à compreensão que este é um processo necessário, tal como refere Pomeroy e Bradford (2009). Assim, vivenciaram-se situações onde a presença de um acompanhante durante o processo de abortamento mostrou-se essencial na validação da perda e suporte, facilitando a expressão emocional de agressividade, sentimentos de culpa, por vezes, inveja e, das expetativas criadas em relação à gravidez, tal como descrevem Leal (2005) e Nazaré, et al. (2010). Na maioria das vezes, as manifestações da mulher voltaram-se para a incredulidade do acontecimento manifestando-se, em alguns casos, na perceção de movimentos fetais imaginários, mesmo em situações de abortamento precoce (Nazaré, et al., 2010). Existem ainda, perdas que intensificam o sofrimento da perda gestacional, nomeadamente, as mudanças na estrutura familiar planeada, a perda de uma oportunidade de exercer a parentalidade, os sentimentos de insegurança, a diminuição da autoestima, da crença de controlo no corpo e da própria vida (Callister, 2006; Heustis e Jenkins, 2005 cit. por Nazaré, et al., 2010). Em casais sem filhos e com idades superiores a 35 anos a situação vivenciada foi referida como a perda da única oportunidade de virem a ter um filho, expressando sentimentos de culpa pelo adiamento face às suas vidas pessoais e profissionais (Leal, 2005, Nazaré, et al., 2010). Contudo, preocupações acerca de como poderiam ultrapassar o sucedido e o medo de uma nova gravidez inviável foram outras manifestações valorizáveis. Intervenções como informar o casal acerca de todo o processo de abortamento, bem como condutas envolventes, escutar as expetativas, os medos e receios, foram promotoras da aceitação da perda e da experiência da dor. Neste sentido, antes de qualquer procedimento ao feto, foi dada a oportunidade ao casal de observarem o seu filho, como suporta Leal (2005).

A morte de um bebê é, segundo Brownlee, Oikonen, Rolim e Canavarro (2004; 2001 cit. por Nazaré, et al., 2010), considerada menos significativa socialmente do que a morte de uma criança mais velha. Porém, a inexistência de rituais como o funeral, e a consequente desvalorização do evento poderá influenciar a capacidade para lidar com o sucedido e atrasar a tarefa pelo que, em conjunto com o casal, foi possível sugerir diferentes tipos de rituais. Assim, propôs-se a realização de vários exemplos de rituais, tais como escrever todos os sentimentos vivenciados, as expectativas, os medos e receios e, de seguida encontrar um local com significado onde pudessem depositar o que ambos escreveram, como que um ritual de despedida. O objetivo desta intervenção foi promover a aceitação da realidade da perda (Leal, 2005, Nazaré, et al., 2010), passando às terceiras e quartas tarefas do processo de luto, vivenciando-o de forma saudável. As intervenções inerentes aos cuidados pós aborto estiveram ligadas à vigilância de sinais de hemorragia ou infeção, como perda sanguínea vaginal abundante, suores, arrepios, hipertermia, abdómen distendido e hipotensão ligeira, o que só foi possível após estabelecida uma relação de confiança para a prestação de cuidados de saúde reprodutiva nestas situações. A abordagem a situações de aborto passou primeiramente pela promoção da privacidade da mulher, pelo estabelecimento de uma relação empática com base na disponibilidade para ouvir e na escuta ativa, permitindo a expressão e verbalização de sentimentos como angústias, medos, desejos do casal, com explicação de todos os procedimentos que envolvem o aborto e o luto. Foram também implementadas as seguintes intervenções de enfermagem: orientar a mulher/casal para grupos de apoio na comunidade; ensinar sobre os sinais de luto disfuncional, nomeadamente as alucinações e o isolamento. A preparação dos outros membros da família para apoiarem o casal, bem como atender ao resto da família e outros conviventes significativos foi também crucial perante as situações de abortamento experienciadas. Se a identificação de casal com risco de desenvolver luto disfuncional/ patológico, este era referenciado para os Psicólogos da instituição, no entanto, ao longo do estágio não foram identificados casais de risco.

Importa ainda referir que a promoção da saúde mental evoca a necessidade de acompanhamento destes casais na comunidade (Cepêda, Brito e Heitor, 2005) de forma a desenvolver um trabalho em equipa multidisciplinar, com a promoção da saúde mental do casal. Esta área não foi parte integrante do estágio.

Durante este período de estágio, dado o tempo de internamento das grávidas e os respetivos motivos de internamento foi crucial identificar e intervir em situações de risco no âmbito da saúde mental durante a gravidez.

O conhecimento sobre os fatores de risco e a sintomatologia associada auxiliou a identificação e a adaptação dos meios de apoio à singularidade da mulher/família. Segundo a Direção Geral De Saúde (2005), as situações de risco encontram-se associadas a antecedentes familiares do casal com especial ênfase nos que dizem respeito à mãe/mulher. Os contextos familiares do casal, os antecedentes psiquiátricos, especialmente ligados ao consumo de substâncias, a depressão e tentativas de suicídio, os antecedentes obstétricos ligados a abortos espontâneos, os partos pré-termo, a morte fetal, as malformações e especialmente as patologias grávidas em gravidez anterior e gravidez não vigiada, encontram-se entre os fatores de risco mais documentados na literatura (Cepêda, Brito e Heitor, 2005).

Sabe-se que a forma como a mulher investe e interage com o bebé está intimamente ligada às vivências e experiências maternas passadas e vividas desde o início da gravidez. O mesmo se poderá afirmar em relação ao pai, mesmo que com um menor impacto. O casal adquire uma nova identidade, sendo que esta mudança exige uma aprendizagem e uma preparação psicológica na interação com o meio envolvente (Leal, 2005). Foi possível constatar que a grávida tende a centrar-se em si própria, mostra por vezes, uma maior necessidade de falar de si, manifestando sentimentos ambivalentes e contraditórios, quase nunca se referindo ao pai da criança.

Ao longo do estágio, raramente foi possível contactar com o outro membro do casal, além da grávida. No entanto, todas as oportunidades foram propícias ao aconselhamento e apoio do mesmo, uma vez que a

presença do pai da criança, o apoio emocional à companheira durante a gravidez produz um conjunto de efeitos benéficos. Estes traduzem-se no aumento da aceitação da gravidez e do bebé, além de aumentar a satisfação do momento do parto e maior sucesso da amamentação. Contudo, a necessidade expressa pela mulher em assumir novas responsabilidades e desempenho de novas funções desencadeiam receios, inseguranças e inquietação pouco sensíveis (Cepêda, Brito e Heitor, 2005). A mulher grávida tende a manifestar facilmente as emoções, já os respetivos companheiros necessitam de estabelecer uma relação de confiança, para o fazerem (Leal, 2005).

Foram realizados esforços para disponibilizar um ambiente protetor e suporte afetivo ao casal para que ambos fossem escutados e compreendidos na sua dualidade promovendo, simultaneamente, a resiliência face à gravidez de risco e preparando-os para algumas mudanças a surgir na vida de ambos.

Os futuros pais atribuem e reconhecem no seu bebé uma individualidade, aumentando a ansiedade para enfrentarem o parto, confrontando-se com o que é até então o bebé fantasiado e desejado (Leal, 2005). Quando questionado sobre esta temática, o casal mostra-se pouco à vontade referindo apenas que desejam que o seu filho seja saudável e perfeito. Ambos manifestaram sentimentos de incerteza, medo e ansiedade face ao internamento, sobretudo quando existem outros filhos ainda pequenos ou trata-se de famílias residentes longe do hospital.

Leichtentritt, et al. (2005, Cit. por Souza et al., 2007) referem que o parto poderá ser precedido por um período de ansiedade, desespero e medo, agravado pela necessidade da hospitalização materna precoce e decorrente interrupção da gravidez. *O suporte emocional e psicológico deve fazer parte da assistência à mulher, especialmente àquelas propensas a adversidades na gravidez* (Souza, et al., 2007, p. 705) com vista ao maior envolvimento no regime terapêutico e preparação para a parentalidade, num processo de transição adequado às suas necessidades individualizadas.

Durante a gravidez, a mulher poderá experienciar diversos tipos de dor. Alguns encontram-se associados ao processo fisiológico do estado gravídico e outros, como o supramencionado, parecem estar relacionados

com o processo patológico. No contexto em que se desenvolveu o estágio, as algias dorsais foram alvo dos cuidados, dada a sua prevalência. Segundo Lowdermilk e Perry (2008), entre 50% a 75% das mulheres grávidas refere em algum momento da gravidez algias lombares, esta situação prende-se com as alterações que advém do processo gravídico. Com o aumento do útero, os músculos adjacentes enfraquecem e o centro de gravidade também se altera. Deste modo, a postura corporal modifica-se acabando por provocar um esforço acrescido em toda a musculatura e estrutura óssea de suporte (Lowdermilk e Perry, 2008).

Para alívio deste desconforto tornou-se essencial capacitar a grávida para a adoção de uma postura corporal correta nas suas atividades, sentada ou mesmo em posições durante o sono e o repouso. Segundo o autor supramencionado, a prática de caminhadas, caso não esteja contraindicado, poderá ser uma estratégia de alívio de desconforto, principalmente no segundo e terceiro trimestres, sendo que no contexto de internamento todas as mulheres se encontravam condicionadas ao espaço físico do serviço de Ginecologia/Obstetrícia.

O momento da alta foi considerado crucial para a autovigilância materna e promoção da saúde. De acordo com a patologia gravídica, a presença de perda hemática vaginal ou LA, indicativo de RPM, a presença de contrações uterinas regulares (sendo que se estas ocorrerem antes das 37 semanas de gestação poderá evidenciar um parto pré-termo), a presença de febre ou diminuição da perceção de movimentos fetais, foram sinais para os quais a grávida foi incentivada a estar atenta e recorrer ao hospital, (Graça, 2010, Lowdermilk e Perry, 2008).

Além disso, importa referir que as infeções, entendidas como as mais importantes na gravidez como a toxoplasmose, as infeções urinárias e genitais foram tidas em consideração na capacitação da grávida para se manter saudável neste período. Segundo Campos, Montenegro e Rodrigues (2008), *a infeção do aparelho urinário constitui a causa mais frequente de infeção bacteriana, numa prevalência de 5 a 10%*. As intervenções que visam a prevenção de infeções do trato urinário passam por ensinar sobre eliminação urinária, incentivar o aumento da frequência das micções e reforçar a ingestão hídrica (Lowdermilk e Perry, 2008). A promoção do

potencial para o autocuidado e na capacidade para a mulher para se manter saudável durante a gravidez, foram cuidados desenvolvidos no estágio além das intervenções previstas em situação de gravidez com complicações.

A conceção de cuidados visou o planeamento e implementação de intervenções de acordo com as necessidades da mulher e da família no que diz respeito a manutenção de estilos de vida saudáveis e conhecimento acerca dos marcos de desenvolvimento do feto e da gravidez. Os principais objetivos foram ensinar e instruir, com vista a diminuição dos défices no âmbito do conhecimento da grávida e dos significativos para os auxiliar na identificação dos processos de saúde e de doença, por outro lado fisiológicos normais e disfuncionais do processo de gravidez tendo em conta a colheita de dados inicial. Esta teve por base as situações descritas pela National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2008), que enfatiza a importância da preparação para o parto e a preparação para a parentalidade para que além da grávida, todos os significativos, nomeadamente o casal, possam vivenciar a gravidez de forma positiva e saudável.

No âmbito do conhecimento, os principais problemas estavam relacionados com a importância da alimentação saudável e equilibrada na gravidez, aspetos relacionados com o aumento de peso ponderal, o tipo de exercício físico, a atividade sexual segura, a importância do sono e repouso, cuidados de higiene, uso de substâncias como o álcool e o tabaco, em relação à preparação para o parto, vigilância da gravidez, identificação dos sinais de alerta do TP, a existência e saída do rolhão mucoso, o tipo e características das contrações, a amamentação, bem como com os marcos do desenvolvimento fetal e como estimular os laços afetivos. Face às situações descritas e diagnósticos de enfermagem definidos caso a caso, foram implementadas intervenções no domínio do instruir, ensinar, orientar e vigiar.

Durante este período de estágio foi possível experienciar a prática de cuidados à grávida com complicações e situações de gravidez não viável. Além do crescimento técnico-profissional, houve a oportunidade de construir e de desconstruir conhecimentos, aptidões e competências

técnico-científicas que envolve esta área de intervenção do EEESMO tendo como fundamentos a evidência científica mais recente.

2.1.2. Trabalho de Parto e Parto

O desenvolvimento e a aquisição de competências específicas do EEESMO concretizaram-se pela implementação de cuidados especializados à mulher durante o processo de TP e parto, seja ele eutócico ou distócico, e ao RN normal ou de risco.

Segundo a Ordem Dos Enfermeiros (2011), o EEESMO cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o TP, num ambiente seguro em todo e qualquer momento. Otimiza, simultaneamente, a saúde e garante cuidados de qualidade e minimiza os riscos à parturiente e ao RN na sua adaptação à vida extra uterina.

Entende-se por TP *os processos perinatais do organismo, desde o início da dilatação do colo até à expulsão da placenta* (ICN, 2011, p.104). É o conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, progressão do feto através do canal de parto e a sua expulsão. Em TP, a mulher atravessa três estádios ou períodos - dilatação, período expulsivo e dequitação (Graça, 2010, Lowdermilk e Perry, 2008). O período de dilatação inicia-se com as primeiras contrações uterinas e termina com a dilatação completa do colo, o período expulsivo decorre porém, desde a dilatação completa e o nascimento, *evento ou episódio com as características específicas: parir uma criança, trazendo ao mundo um novo ser* (ICN, 2011, p. 103). O terceiro período decorre entre a expulsão do feto e a dequitação (expulsão da placenta) (Graça, 2010, Lowdermilk e Perry, 2008).

Uma vez que o parto é comumente associado ao nascimento, o termo TP de parto estará neste relatório associado a todo o processo que a parturiente e os familiares significativos vivenciam até ao momento do nascimento.

A atuação nesta área esteve vigente no respeito pelo plano de parto/nascimento estabelecido pela mulher.

Entende-se por *plano de parto/nascimento*, o documento escrito em que a grávida manifesta claramente os seus desejos e expectativas para o momento do parto/nascimento, tendo por base a tomada de decisão informada. Este servirá de guia aos profissionais de saúde que assistem a mesma no hospital, dando-lhes a conhecer as intervenções que a parturiente deseja que sejam praticadas, por quem prefere ser acompanhada e aspetos relacionados com o nascimento e cuidados ao bebé. Assim, o plano de parto deverá estar presente em todos os momentos, para que na iminência de riscos e desvios do padrão de normalidade, seja possível adaptar os desejos expostos com a evolução do processo de parto e nascimento (Apeo e Fame, 2008). Todavia, ainda não é uma prática comum do serviço supramencionado, pelo que não houve nenhuma parturiente a apresentar o seu plano de parto pré-estabelecido, mesmo tendo frequentado a preparação para o parto e parentalidade na instituição.

Na admissão e permanência da parturiente no bloco de partos, a avaliação inicial torna-se um momento crucial na apresentação do plano de parto realizado pela mesma, mesmo que esta não o tenha realizado por escrito. A colheita de dados deu a conhecer as escolhas da mulher e as suas expectativas em relação ao processo vivenciado, pelo que o conhecimento acerca da experiência pessoal da parturiente, da existência de outros filhos, bem como de experiências partilhadas com o pai da criança ou convivente significativo presente permitiu a individualização dos cuidados.

Questões relacionadas com o uso da música, a gestão da luminosidade e a temperatura, tendo em vista um ambiente mais acolhedor e seguro na sala de partos e, no que concerne ao autocontrolo da dor, a opção pela analgesia por via epidural e/ou os métodos não farmacológicos disponíveis foram colocadas durante a primeira abordagem à parturiente. A opção da mobilidade, o uso de materiais promotores de conforto como a bola e as almofadas, bem como a decisão de adotar diferentes posições no período expulsivo, foram oferecidas à parturiente, dando-lhe a possibilidade da mesma tomar as suas próprias decisões, sentindo que

poderia ter controlo sobre o momento que a maioria considerou ser o mais importante das suas vidas. O mesmo se verificou em relação à escolha do acompanhante, que na maioria das vezes é o companheiro, pai da criança, embora muitas mulheres optassem pela presença da figura feminina de uma amiga ou mãe, avó da criança. Após o nascimento, no momento da laqueação do cordão umbilical, a possibilidade de contato pele a pele, a opção de amamentar e fazê-lo na primeira hora de vida, foram também opções apresentadas à parturiente.

A partir dos dados relevantes, a formulação de diagnósticos de enfermagem personalizados, permitiu a implementação de cuidados de qualidade e individualizados à parturiente e à família de acordo com as suas escolhas e respeitando as expectativas do casal.

O parto constitui um acontecimento biopsicossocial. Determina um conjunto de transformações e mudanças físicas, psíquicas e sociais na mulher e no bebé. O apoio emocional foi crucial nesta fase, sendo preferencialmente fornecido por uma figura feminina experiente e calorosa (Cepêda, Brito e Heitor, 2005). A presença da mãe da parturiente, ou de alguma mulher significativa, no momento do parto revelou-se de extrema importância no controlo da ansiedade e na participação em todos os processos envolvidos, pela promoção de confiança e capacidade para controlar o seu próprio corpo. Por outro lado, a presença do pai da criança durante o TP poderá desencadear insegurança à mulher, medo de falhar com o marido/companheiro, pondo em causa a sua participação ativa durante o parto (Cepêda, Brito e Heitor, 2005). Muitas mulheres manifestaram ser um momento íntimo de cada mulher, não desejando a presença do marido/companheiro na sala de partos.

A presença do acompanhante foi um componente importante para a manutenção de um ambiente familiar e natural, promotor do sentimento de segurança que, segundo Profírio, Progiante e Souza (2010), é significativo para o sucesso do parto. Sempre que oportuno, foi permitida a entrada de alguém referenciado pela parturiente para a acompanhar nas diferentes etapas do TP, até ao nascimento pois, segundo Hodnett, et al. (2013), o suporte proporcionado por um acompanhante da livre escolha da mulher

poderá interferir com resultados ao nível da autoestima, da confiança e da satisfação com a experiência do parto e nascimento.

O acompanhante, independentemente do grau de ligação à parturiente, também está a vivenciar um momento especial pelo que foi incluído nos cuidados desde o início do processo de admissão, de modo a desempenhar um papel de suporte. Este facto refletiu-se no aumento da confiança e reconhecimento do seu papel no desempenho positivo em atividades de conforto físico e emocional à parturiente, tal como advogam Bruggemann, Parpinelli e Osis (2005). Além da parturiente, este membro ativo também se tornou alvo dos cuidados, sendo a experiência do parto igualmente importante para ambos. Assim, foram explicados todos os procedimentos inerentes ao TP com os principais objetivos: amenizar os receios e as incertezas em relação ao processo do parto, estabelecer uma relação de confiança e proporcionar um ambiente seguro e acolhedor.

Porém, a presença do acompanhante no contexto do nascimento conduz à manifestação de receios e ideias pré-concebidas por parte dos profissionais de saúde em relação às atitudes dos mesmos num ambiente controlado, sendo que alguns, os que se mostram mais recetivos estimulam a sua participação, outros, por sua vez sentem-se mais invadidos e questionados, mudando a sua opinião ao experienciarem o acompanhamento à parturiente e ao convivente significativo que a mesma decidiu para fazer parte deste evento transicional, o nascimento de um filho (Ratto K. M. N, 2001; Florentino; L.C., 2003; Tornquist, C.S., 2003, Cit. por. Bruggemann, Parpinelli e Osis, 2005). Durante o período de estágio verificou-se que o envolvimento do acompanhante e a relação de confiança estabelecida logo desde a admissão de ambos no BP foi mediadora de uma maior confiança e segurança na execução de atividades culminantes desta área específica, na qual não existia experiência profissional.

Vários autores referem que as parturientes sujeitas a apoio contínuo são mais propensas a terem um parto vaginal espontâneo, a experienciar um TP mais reduzido e uma menor probabilidade de complicações intraparto. Consequentemente ficam sujeitas a um menor número de intervenções obstétricas desnecessárias como a indução de TP, a

episiotomia ou partos distócicos (Bruggemann, Parpinelli e Osis, 2005, Hodnett, et al., 2013, Profírio, Progiante e Souza, 2010).

A disponibilidade e a escuta ativa foram intervenções que visaram o esclarecimento de dúvidas e respostas a preocupações manifestadas. Foi tida uma postura empática, procurando envolver a mulher no TP e na tomada de decisão relacionada com a prestação de cuidados, respeitando simultaneamente as necessidades e escolhas individuais. Tendo em conta o supra mencionado, foram realizadas intervenções que visassem a partilha de informação sobre a evolução do TP e discussão sobre expectativas, ensinamentos sobre TP e marcos do bem-estar, bem como medidas de conforto e de suporte emocional. O aconselhamento e a informação foram fundamentais no processo de tomada de decisão.

Ao longo do estágio verificou-se que a maioria das mulheres agiu de forma passiva, delegando aos profissionais de saúde todas as decisões sobre o parto, o que indicou a falta de conhecimentos acerca deste processo, bem como a liberdade para tomar decisões. Este facto deve-se à falta de conhecimentos, à abertura por parte dos profissionais de saúde e consequente políticas institucionais, pela não implementação eficaz de normativas discutidas, aceites e sobretudo baseadas em evidências científicas, apesar de todas as condições e meios disponíveis.

Segundo Sodré, et al. (2010), torna-se claro que a promoção do *empowerment*, que se entende pela capacidade da mulher para discutir e decidir sobre os cuidados a serem realizados durante o parto e nascimento, ainda se mostra medíocre. O mesmo autor refere que o parto deve ser encarado como um fenómeno fisiológico no qual a mulher é orientadora de todo o processo. Para tal, o enfermeiro tem como objetivo principal o seu envolvimento no processo de cuidados, garantindo-lhe autonomia no controlo do seu corpo, sexualidade e consciência da sua habilidade para parir (Profírio, Progiante e Souza, 2010).

Além dos aspetos psicossociais inerentes ao processo de parto, a identificação e monitorização do TP integram-se nas competências do EEESMO desenvolvidas durante este estágio, envolvendo a aquisição e mobilização de conhecimentos para a prestação de cuidados com base em evidência científica.

Em situações de cesariana eletiva, a grávida ficava previamente internada no referido serviço, sendo que os cuidados pré-operatórios (assegurar a higiene e conforto, o jejum, o cateterismo periférico para a administração de soroterapia) e a vigilância fetal eram assegurados até à sua admissão no Bloco Operatório. As indicações para a realização desta intervenção encontram-se associadas *a situações que impossibilitam ou contraindicam o parto vaginal* (Graça, 2010, p. 689). Estas podem ser maternas, tais como: a desproporção feto-pélvica, a hemorragia secundária, a placenta prévia, o descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI), a anomalia da bacia (relacionadas com fraturas e tipo de pelve), a hérnia discal instável, entre outras; ou fetais, sendo elas: o sofrimento fetal, as apresentações anómalas (incluindo a apresentação pélvica), a macrosomia e as anomalias fetais as quais se prevê uma distocia (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008, Graça, 2010).

As grávidas internadas no BP nem sempre corresponderam a um processo de gravidez com complicações, já que uma elevada incidência destes internamentos foram devidos ao processo de indução de TP. As indicações terapêuticas para tal dizem respeito a situações de risco materno-fetal como, por exemplo, RPM, macrosomia fetal, RCIU, hipertensão gravídica e diabetes gestacional (Graça, 2010). De acordo com o protocolo da instituição e as *guidelines* da NICE (2008) consultadas, a indicação eletiva para indução de TP esteve relacionada com a IG que, no limite das 41 semanas é considerada gestação prolongada e há aumento considerado do risco de morbilidade e mortalidade fetal.

Na admissão, antes de se proceder ao início da indução do TP, todas as mulheres foram informadas quanto aos cuidados e riscos deste procedimento assinando um consentimento para ser iniciado o tratamento. As condições cervicais representam um importante fator para o desempenho adequado do método de indução. Assim, a avaliação do índice de Bishop (IB) - dilatação (cm), apagamento (%), estágio (cm), consistência cervical (dura, média, mole) é um dado crucial na escolha do método. Surgem muitas condições clínicas representativas com indicação para indução do parto. Segundo Souza, et al. (2010), situações em que o colo uterino é desfavorável, sobretudo em IG mais precoces, o que podem levar

à falha da indução e consequente aumento da incidência de cesarianas, o que se verificou com frequência ao longo do estágio. A avaliação e a seleção do método de indução foi realizada mediante o exame pélvico e o IB. Se IB inferior a seis foram ministradas as prostaglandinas para maturação cervical, por outro lado se IB superior ou igual a seis era ministrada a ocitocina para indução de acordo com o protocolo da instituição.

Os métodos de indução de trabalho de parto poderão ser mecânicos ou farmacológicos. Os mecânicos referem-se à amniotomia, rotura artificial da bolsa amniótica, sendo que os farmacológicos dizem respeito ao uso de ocitocina e prostaglandinas (Clode, Graça e Jorge, 2012). A amniotomia acarreta riscos maternos e fetais pelo potencial de aumentar o risco de infecção. Por outro lado, a sua realização não é preditiva do tempo de duração do trabalho de parto. Segundo as *guidelines* da NICE (2008), esta não é uma prática recomendada. A donoprostona (Propess®) é o método farmacológico de primeira linha de indução do TP, sendo também o mais recomendado em *guidelines* internacionais, embora a evidência não comprove os seus potenciais riscos e/ou benefícios. Além deste método farmacológico, também o uso de ocitócicos foi comumente utilizado já na fase ativa do TP.

Considerando-se as principais complicações maternas (infecção e rotura uterina) e fetais (CTG, infecção por RPM e/ou manipulação uterina) do uso de fármacos na indução do TP, a vigilância materno fetal foi mais cuidada no sentido de identificar e agir precocemente perante situações preditivas de risco materno-fetal, tal como refere Cunha (2010).

Segundo Graça (2010, p. 322) *considera-se que o TP se inicia clinicamente quando se instalam contrações uterinas dolorosas ao mesmo tempo que o colo se apaga e inicia a dilatação*. Em mulheres múltiparas, a dilatação ocorre em primeiro lugar. Já em primíparas, a extinção do colo inicia-se mais precocemente, mesmo antes do início do TP.

O acompanhamento da mulher em início de TP, seja ele induzido ou espontâneo, implicou a vigilância da dor, estado do colo uterino e análise da contratilidade e do bem-estar fetal com recuso à execução da CTG.

Estes dados permitiram a tomada de decisão no que diz respeito à sua passagem para a sala de partos, por sua vez, individualizada.

Em TP a mulher atravessa três estádios ou períodos - dilatação, período expulsivo e dequitação (Graça, 2010, Lowdermilk e Perry, 2008). O primeiro período de TP, fase de dilatação, inicia-se com as primeiras contrações uterinas e termina com a dilatação completa do colo. Este período divide-se em três fases: latente (início de contrações regulares, três centímetros de dilatação e extinção completa do colo); ativa e de transição (dilatação cervical completa e descida da apresentação fetal). A fase latente é a que apresenta um tempo de duração mais variável e é influenciada por fatores como analgesia por via epidural precoce, que a prolongam ou a administração de ocitócicos que, por sua vez, a podem encurtar. O segundo período, ou período expulsivo decorre porém desde a dilatação completa e o nascimento, *evento ou episódio com as características específicas: parir uma criança, trazendo ao mundo um novo ser* (Icn, 2011, p. 103). O terceiro período inicia-se com a expulsão do feto terminando com a dequitação (expulsão da placenta) (Graça, 2010, Lowdermilk e Perry, 2008).

O mecanismo do parto implica uma acomodação fetal à estrutura óssea materna, que envolve rotações e ajustamentos do feto durante a descida pelo canal de parto. No estreito superior da bacia, dá-se o *encravamento* da cabeça, depois a *descida* resultante da pressão do LA, pressão do fundo uterino e contração dos músculos abdominais maternos. A *flexão* ocorre quando o polo fetal cefálico encontra uma resistência oferecida pelo colo uterino ou pelo canal de parto. Ao nível das espinhas isquiáticas inicia-se *rotação interna* onde o diâmetro sagital coincide com o diâmetro ântero-posterior (menor distância entre o promontório e a sínfise púbica) do canal de parto. A *extensão* ocorre quando o polo fetal atinge o pavimento pélvico, progressivamente. Após a expulsão da cabeça ocorre *rotação externa*, reconstituindo-se assim a cabeça com o dorso e possibilitando a saída do ombro anterior seguido do posterior. A expulsão do tronco e pernas ocorre num movimento de flexão lateral em direção à sínfise púbica (Graça, 2010, Rezende, 2005). O conhecimento sobre o mecanismo de parto permitiu a monitorização mais correta do mesmo.

Segundo Graça (2010, p. 326), *a descida é o primeiro requisito para a progressão do TP*, mostrando-se variável. Em mulheres nulíparas e encravamento poderá dar-se ao longo das últimas semanas de gravidez, mesmo antes do TP. Nas múltiparas a descida da apresentação coincide frequentemente com o momento em que a dilatação está completa.

O partograma consiste na representação gráfica do TP, recomendado pela OMS desde 1994. É um recurso visual para analisar a dilatação e extinção cervical e descida da apresentação, em relação ao tempo (Rocha, et al., 2009). O recurso e utilização contínua do mesmo permitiram tomar conhecimento imediato da evolução do TP, registando-se a FCF, dinâmica uterina e fármacos utilizados ou outros dados relevantes no decorrer do TP, como rotura de membranas. O seu preenchimento precoce poderá, segundo McDonald (2010) indiciar a aplicação de intervenções obstétricas desnecessárias, devendo ser iniciado apenas próximo da fase ativa. Foi utilizado como método de visualização fácil e registo de dados relevantes para possíveis diagnósticos de enfermagem relacionados com TP estacionário ou não evolutivo.

No contexto do estágio, o preenchimento do partograma coincidiu com a realização de atividades de vigilância à parturiente, nomeadamente pelo exame vaginal, um importante indicador de verdadeiro TP e integridade das membranas amnióticas.

Apesar das diretrizes da OMS evidenciarem o toque vaginal como uma prática que deve ser realizada de forma contida, foi possível presenciar a sua realização, por diversos profissionais, desrespeitando o pouco tempo desde a última avaliação. Este é um exame que causa desconforto à mulher além de ser propício de gerar traumatismos e aumentar o risco de infeção, sobretudo em parturientes com *Estreptococos Grupo B (EGB)* positivos.

A realização do exame vaginal foi aplicada na admissão da parturiente, na evidência de alteração significativa da atividade uterina, quando ocorreu rotura de membranas, quando a mulher referiu vontade de realizar esforços expulsivos ou foram observadas desacelerações variáveis no registo cardiotocográfico, tal como referem Lowdermilk e Perry (2008). A consulta do partograma foi precedente da sua realização do toque vaginal

no sentido de respeitar o tempo entre diferentes avaliações. Segundo Dixon e Foufleur (2010), o exame vaginal deverá ser realizado apenas quando o estado materno-fetal assim o indicar. Na realização deste exame foi tido em consideração o respeito pela individualidade da parturiente, considerando-se potenciais riscos e benefícios desta intervenção. No que concerne ao conforto, como um foco de enfermagem no âmbito do TP, todas as intervenções que pudessem ir contra a promoção e a manutenção do mesmo à parturiente foram evitadas. Face à sua especificidade, tornou-se fundamental explicar e obter o consentimento prévio. A mulher foi incentivada a adotar uma posição confortável, sendo o exame vaginal realizado com luva esterilizada e lubrificante. Este tem como principal objetivo avaliar a dilatação e extinção do colo uterino, integridade das membranas, apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), variedade fetal (anterior, posterior ou transversa) e descida da apresentação no canal de parto, tal como referem Lowdermilk e Perry (2008) e Rezende (2005).

O fator promotor de dilatação e extinção do colo uterino são as contrações, embora involuntárias e por vezes dolorosas, são essenciais no desenvolvimento do TP e no que concerne à expulsão do feto e da placenta. A sua avaliação da contratilidade uterina foi realizada com base na descrição e percepção da parturiente, na palpação do fundo uterino e, objetivamente pelo registo tocográfico da CTG.

Através da observação cuidada do registo tocográfico, é possível constatar que cada contração corresponde a uma linha que forma um sino, sendo caracterizada pela sua frequência, intensidade, duração e tónus de repouso. É esperado que na fase latente as contrações tenham uma frequência de dez em dez minutos, diminuindo para um minuto no período expulsivo. No que respeita à intensidade, estas podem classificar-se de leves, moderadas ou intensas (Lowdermilk e Perry, 2008).

Na assistência da mulher em TP as Manobras de Leopold fornecem informações sobre: a localização do fundo uterino, a situação fetal (longitudinal, transversa ou oblíqua), a posição fetal (direita ou esquerda) e foco fetal (local no abdómen materno onde a FCF apresenta o seu máximo de intensidade). Estes dados permitem avaliar os riscos no desenvolvimento do TP e possíveis complicações (Lowdermilk e Perry, 2008), por outro lado,

fornece dados orientadores para a colocação da sonda do Tocodinamómetro e da Ultrassonografia Doppler da CTG no abdómen materno. A monitorização da FCF, movimentos fetais e contratilidade uterina é conseguida através do registo cardiotocográfico e são dados relevantes na monitorização do TP.

Segundo os protocolos do serviço, todas as parturientes, durante a administração de ocitócicos, analgesia por via epidural e amniotomia (na fase ativa do parto) foram sujeitas a monitorização contínua através de CTG. Demonstra a evidência científica que a CTG contínua conduz a uma maior discrepância entre observadores na interpretação de traçados e a uma menor humanização do parto (Graça, 2010). No entanto, de acordo com o mesmo autor, a mesma permitiu a avaliação da variabilidade da FCF e a deteção de padrões periódicos, bem como a vigilância de vários fetos/parturientes em simultâneo.

A prática humanizada do parto viabiliza a monitorização intermitente durante o TP de baixo risco, que no primeiro período deverá ser durante 60 segundos a cada 15 minutos e no segundo período a cada 5 minutos ou após cada contração. No entanto, na prática não tem aplicabilidade por não permitir prestar cuidados de qualidade a várias parturientes em simultâneo, justificando-se a monitorização contínua na maior parte das situações, quando há necessidade de prestar cuidados especializados a várias parturientes e vários fetos em simultâneo.

A mulher/acompanhante participam na tomada de decisão acerca da monitorização contínua ou intermitente intraparto. Assim, a parturiente foi sempre informada adequadamente acerca da monitorização intraparto, possibilitando a sua escolha, tal como refere Thompson (2011).

Outro parâmetro fulcral na monitorização do TP e bem-estar materno-fetal, ainda na admissão, é a integridade das membranas e características do LA (cheiro, cor e quantidade). Estes são também dados relevantes na prestação de cuidados, sendo necessário o registo da hora e características.

A presença de mecónio no LA ou quando este se encontra tingido é um indicador de risco de bem-estar fetal, associado a uma maior incidência de cesariana, um baixo APGAR no primeiro minuto e aumento da taxa de

internamentos do RN em Neonatologia (Lowdermilk e Perry, 2008). Outros autores advogam que na presença de LA com mecônio, as mulheres devem ser monitorizadas de forma contínua e cuidadosamente durante o TP, gerindo intervenções obstétricas capazes de condicionar o bem-estar fetal (Duhan, et al., 2010).

Tendo em consideração este pressuposto, em situações onde se verificou a presença de LA com características de mecônio, o médico obstetra era informado, no sentido de ser tomada uma decisão conjunta, assegurando o bem-estar materno e fetal.

Quando há evidência de rotura de membranas por um período igual ou superior a doze horas inicia-se o protocolo de profilaxia antibiótica, refazendo preferencialmente duas tomas antes do parto com o objetivo principal de diminuir o risco de infecção materno e neonatal (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). A prevenção de risco e complicações está vigente nos protocolos do bloco de partos, regendo também as áreas de atenção desenvolvidas no decorrer do estágio.

A transmissão vertical do EGB durante o TP poderá conduzir a um quadro de sépsis, pneumonia ou mesmo meningite neonatal. Como fatores de risco é possível identificar a colonização vaginal/retal da grávida, realizada por rotina no exsudado vaginal/retal entre as 35 e as 37 semanas de gestação; febre intraparto, bem como rotura de membranas prolongada e parto pré-termo. A primeira linha da profilaxia de infecção neonatal é a administração de antibioterapia (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Ao longo do módulo de TP, foi possível prestar cuidados a parturientes com patologia associada e/ou concomitante à gravidez, nomeadamente mulheres que desenvolveram DM gestacional.

Quando as contrações atingem determinada intensidade, provocam dor variável de mulher para mulher de acordo com o seu limiar dolorífero, por isso, foi necessário manter uma relação de ajuda em todos os momentos do TP (Coutinho, 2010). A dor de TP foi, assim, um foco de enfermagem crucial durante este momento do estágio. Foram desenvolvidas competências no âmbito da gestão da dor e do autocontrolo: ansiedade pela execução de intervenções cujo objetivo primordial foi gerir a dor de TP e controlar a ansiedade.

Segundo ICN (2011) a dor de TP é uma *sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada a contrações do útero e a dilatação cervical que ocorre durante o trabalho de parto* (p. 53). A intensidade da dor é amplamente variável e está sujeita a influências psíquicas, temperamentais, culturais, orgânicas e aos possíveis desvios da normalidade, às experiências anteriores, ao ambiente e ao apoio durante o parto, além de outros fatores, tais como as distocias, aumentando-a e, a libertação de endorfinas, o que pode diminuí-la (Veringa, et al., 2011). Assim, a dor associada às contrações uterinas foi um fator condicionador do autocontrole no que respeita à ansiedade.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), a dor mostra-se um sinal relevante de início de TP, pela contração uterina associada à dilatação do colo uterino, distensão do segmento inferior e isquemia uterina. Na fase de dilatação a dor está associada à distensão do canal de parto, à tração dos ligamentos útero-cervicais e peritoneu, à pressão da apresentação sobre estruturas pélvicas, sendo que no período expulsivo a mesma está predominantemente associada aos esforços expulsivos. No entanto, não existe evidência científica que comprove o benefício da dor quer para a parturiente, quer para o feto (Graça, 2010).

Segundo o autor supramencionado, os níveis de *stress* e de ansiedade, associados à dor sentida pela parturiente condicionam a homeostasia materna, provocando por sua vez efeitos prejudiciais a ambos, interferindo na evolução normal do parto. Sendo o *stress* um mecanismo biológico adaptativo de defesa, parece claro a aplicação de ações passíveis de diminuir os níveis de *stress* e ansiedade, pois, segundo Mobily, Herr e Nicholson (1994 Cit. por. Gayeski e Brüggemann, 2010), a utilização de métodos farmacológicos isolados não se mostra capaz de gerir a dor como um fenómeno multidimensional.

A monitorização da dor, através das escalas: Analógica da dor e de Fácies foi uma atividade de vigilância que acompanhou todo o TP. Mediante a dor sentida pela parturiente e a fase de TP em que esta se encontrava, foi possível disponibilizar a associação de métodos farmacológicos e não farmacológicos, de acordo com as preferências da parturiente. A implementação das intervenções no âmbito da gestão da dor deve ter em

conta a situação mas, acima de tudo as preferências da mulher e do convivente significativo que a acompanha, envolvido no processo de parto.

Os métodos não farmacológicos utilizados durante o TP envolvem conhecimentos estruturados no desenvolvimento da prática de enfermagem obstétrica, não sendo necessários de equipamentos sofisticados na sua aplicação (Gayeski e Brüggemann, 2010), tal como se verificou no decurso do estágio no BP. O acompanhante revelou-se também um participante ativo ao ser instruído com sucesso a aplicar medidas de conforto e de suporte adequado a cada fase do processo de parto. Tal como Veringa, et al. (2011) referem, durante o TP, o movimento é a resposta fisiológico mais importante face à dor. Assim, a liberdade de movimentos foi disponibilizada às parturientes com o objetivo desta assumir instintivamente posições promotoras de conforto, nas quais a resistência e a compressão fossem diminutas. Segundo os mesmos autores, a liberdade de movimentos promove a proteção de lesões na bacia, do colo do útero e do períneo, protegendo, simultaneamente o feto de posições inadequadas que por sua vez podem conduzir a pressão excessiva sobre a cabeça. Desta forma, tornou-se também possível reduzir o *stress* fetal e gerir a dor experienciada pelas parturientes em cada situação específica.

Cada vez mais o parto natural é defendido pelas entidades governamentais. Foram vivenciadas algumas situações de mulheres com dor durante o TP, o que exigiu um apoio contínuo à parturiente e ao respetivo acompanhante. No contexto social em que se desenvolveu o estágio verificou-se que a cultura e o nível socioeconómico influenciaram as expetativas maternas sobre o parto, nomeadamente no que diz respeito à gestão da dor e da capacidade da mulher para lidar eficazmente com a dor sentida durante o parto. Todavia, as parturientes com níveis socioeconómicos mais desfavorecidos e, por outro lado, outras com maiores conhecimentos sobre esta temática, que apresentavam graus de literacia superiores e aderiram à preparação para o parto e parentalidade fizeram parte do conjunto pequeno de experiências de parto natural. Em ambas as situações verificou-se que grande parte do TP foi vivenciado no conforto do domicílio e acompanhadas pelo pai da criança, implementando medidas não farmacológicas de controlo da dor, como a hidroterapia e a

deambulação, ainda que se tenha verificado o recurso às mesmas de forma instintiva. Aquando da admissão destas parturientes, nomeadamente à noite, o TP já se encontrava no final da fase de dilatação, com controlo da ansiedade e gestão da dor eficazes, resultando em períodos expulsivos menos prolongados, com esforços expulsivos eficazes em resposta à necessidade da parturiente para os efetuar e sobretudo menor necessidade de abreviar o período expulsivo com técnicas como a episiotomia, resultando em períneos íntegros. Este tipo de experiências foram enriquecedoras na medida em que permitiram aumentar a sensibilidade para o respeito pelas decisões da parturiente e do casal, pelo seu controlo sobre o seu próprio corpo e no reconhecimento das próprias necessidades, resultando em experiências de parto mais positivas.

No sentido de otimizar as condições de saúde materno-fetais, tendo em consideração a individualidade e respeito pelas expectativas da parturiente e do casal, foram planeadas intervenções adequadas à evolução do TP no controlo e gestão da dor e ansiedade.

Relativamente aos métodos não farmacológicos de controlo da dor, Gayeski e Brüggemann (2010) defendem que a massagem e o banho no chuveiro são métodos que se mostram eficazes no alívio da ansiedade, *stress* e dor. No entanto, em relação ao parâmetro dor, o seu efeito benéfico é significativamente maior na fase latente. Uma vez que nem todos os métodos são eficazes no alívio da dor, os mesmos foram utilizados durante o estágio com o objetivo principal reduzir os níveis de *stress* e ansiedade, promovendo simultaneamente a satisfação com o processo vivenciado.

A melhor e mais recente evidência científica defende que a deambulação e a adoção de diferentes posições poderão evidenciar positivamente os processos fisiológicos maternos, fetais e da progressão do TP (Calais-Germain e Parés, 2010, Lowdermilk e Perry, 2008). Segundo Nogueira (2012), a imobilidade materna dificulta o encravamento e descida do feto pelo canal de parto. O mesmo autor defende que a verticalidade e as mudanças de posição são benéficas para a progressão do TP, qualidade das contrações uterinas e na manutenção da circulação materno-fetal. Segundo Lawrence, et al. (2013), a deambulação e posição vertical

reduziram a duração do período do TP em cerca de uma hora, não estando associada ao aumento de intervenções obstétricas ou alteração do bem-estar materno fetal. Contudo, as parturientes devem adotar a posição que consideram mais confortável (Balaskas, 2008, Calais-Germain e Parés, 2010, Lawrence, et al., 2013, Nogueira, 2012).

Lowdermilk e Perry (2008) referem que a deambulação está contraindicada em parturientes que tenham optado pela analgesia por via epidural, pelo risco que queda associado, em situação de membranas amnióticas rotas e apresentação fetal não encravada, pelo risco de prolapso do cordão umbilical.

A bola de parto/nascimento também disponível no BP foi um simples e excelente instrumento utilizado para promover a mobilização materna, o que influencia o ajuste fetal à pelve materna e, por conseguinte a sua progressão ao longo do canal de parto, reduzindo o tempo de TP. Tal como a deambulação, o uso da bola de parto/nascimento foi uma estratégia utilizada com o objetivo promover o conforto, gerir a dor e aumentar o bem-estar materno-fetal. Contudo, estas técnicas favoreceram, por si só, o envolvimento do acompanhante, aumentando a satisfação materna e proporcionando uma experiência mais positiva do parto, tal como nos referem Balaskas (2008), Calais-Germain e Parés (2010) e Gau, et al. (2011).

Face às características multidimensionais e individuais da dor, existe uma panóplia de variáveis tidas em consideração na escolha do método a ser utilizado durante o TP (Gayeski e Brüggemann, 2010). O uso de métodos não farmacológicos exige, por si só, não só o domínio por parte do enfermeiro que o(s) oferece à parturiente, mas também um conhecimento da mesma sobre a oportunidade de uso, isto é, as suas preferências. O autocontrolo no corpo e nas suas emoções é fundamental quando esta opta por estes métodos, todavia o seu uso durante o TP é flexível. O mesmo quer dizer que a duração, *timing* e necessidade de outros métodos, nomeadamente farmacológicos, fizeram parte integrante do processo de tomada decisão em conjunto com a parturiente, respeitando a sua individualidade.

O aumento das técnicas farmacológicas de alívio da dor exigiu, porém, a procura de evidências científicas sobre a sua aplicação, bem como o conhecimento aprofundado sobre farmacologia. O domínio destas áreas permite a aplicação de intervenções interdependentes/resultantes de prescrição para a promoção e controlo da dor, sobretudo na área da obstetrícia.

A analgesia por via epidural foi a técnica preferencial por parte das parturientes, considerada a mais eficaz no alívio da dor do TP, sendo também defendida como a que produz menores efeitos colaterais sobre a fisiologia materna e fetal. No entanto, atualmente, mantém-se a controvérsia sobre o seu real efeito no RN e na duração do TP (Graça, 2010).

Existem diversos estudos realizados sobre as implicações deste método farmacológico na duração do TP. Mousa, Al-Metwalli e Mostafa (2012) realizaram um estudo comparativo, com 160 nulíparas em TP espontâneo, em que um grupo utilizou analgesia por via epidural. Os resultados deste estudo não evidenciam alterações significativas na fase ativa e período expulsivo do parto, número de partos instrumentalizados ou ao nível do APGAR do RN no primeiro e quinto minuto. No entanto, no grupo das parturientes que optaram pela analgesia por via epidural foi administrada uma dose mais elevada de ocitocina.

Pelo risco de hipotensão materna e consequente hipoperfusão placentária, é aumentada a perfusão de fluidos, o que diminui a concentração de ocitocina circulante no sangue (Graça, 2010). Embora o estudo anteriormente referido não apresente resultados significativos acerca da duração do TP quando utilizada analgesia por via epidural, infere-se que a média foi mantida pelo aumento da dose de ocitocina necessário neste grupo de parturientes, tal como se verificou ao longo deste percurso formativo e de aquisição de competências (Mousa, Al-Metwalli e Mostafa, 2012).

A maioria das mulheres demonstrava conhecimentos acerca da analgesia epidural, optando pela utilização deste método farmacológico no alívio da dor. Perante o desejo expresso da parturiente, o Anestesta era

contatado e preparado o material necessário à colocação do cateter epidural.

Numa abordagem multidisciplinar e conjunta com o Anestesiologista, foram explicados o procedimento e efeitos farmacológicos e, obtido o consentimento para a sua realização do mesmo. Os cuidados à mulher incidiram no posicionamento corporal, bem como o ensinar e instruir sobre técnicas respiratórias durante as contrações sem colocar em risco o sucesso da técnica.

As intervenções resultantes de prescrição, tal como a administração de analgesia por via epidural englobam a monitorização dos sinais vitais (PA, pelo risco de hipotensão materna; hipertermia e dor, preditor da eficácia do fármaco administrado), vigilância contínua da CTG e algaliação.

Embora a analgesia epidural conduza a um risco aumentado de retenção urinária, diagnóstico de enfermagem identificado no contexto deste método farmacológico de alívio da dor, a algaliação, na maioria das vezes prescrita é uma prática discutível, sendo necessário avaliar as condições em que esta é necessária.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), a mulher deve ser encorajada à micção espontânea, pelo menos de duas em duas horas, pelo risco de que a bexiga distendida poderá impedir a descida da apresentação e inibir as contrações uterinas. Em situações em que a parturiente urinou espontaneamente não se justificou a implementação desta intervenção, não sendo, por isso uma conduta rotineira em situações de analgesia por via epidural. No período expulsivo do TP, caso a parturiente não tenha tido uma micção espontânea há um período aproximado de duas horas, poderá ser realizada uma algaliação intermitente que, ao promover o esvaziamento vesical, impede que a bexiga seja obstáculo à descida da apresentação, evolução favorável do TP e, por si só maior conforto à parturiente.

Segundo as *guidelines* do NICE (2007), a perfusão endovenosa de fluidos só deve ser implementada como tratamento da hipotensão materna, emergências hemorrágicas e concomitante à administração de analgesia, nomeadamente por epidural. Tendo como pressuposto esta evidência e na sequência de baixa variabilidade ou desacelerações fetais com causa

materna, analgesia por via epidural, jejum prolongado, hipotensão materna ou emergência obstétrica, a perfusão de soro glicosado a 5% foi uma das intervenções autônomas implementadas.

A administração de agentes ocitócicos carece de indicação médica, sendo gerida segundo protocolos existentes e com base na história clínica, resposta uterina e fetal. Os protocolos existentes preconizam o seu uso quando esta contribui para que a fase ativa do TP dentro do parâmetro de normalidade, acelerar o TP, estimular e ritmar as contrações uterinas, bem como na prevenção da atonia uterina após o dequite. Vários autores evidenciam as contraindicações ao uso da ocitocina incluindo a incompatibilidade feto-pélvica, traçado cardiotocográfico não tranquilizador, prolapso do cordão, entre outras. A história obstétrica de cesariana anterior poderá condicionar a administração pelo risco de rotura uterina (Buchanan, et al., 2012, Clark, et al., 2009, Graça, 2010, Lowdermilk e Perry, 2008).

Esta prática deverá ser implementada de forma controlada durante o TP, acarretando riscos maternos, que incluem a hiperestimulação uterina, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina e, fetais, tais como desacelerações, asfixia e hipoxia fetal, em consequência da diminuição do fluxo uteroplacentário (Clark, et al., 2009, Graça, 2010, Lowdermilk e Perry, 2008).

O uso da ocitocina deverá ser instituído segundo critérios bem definidos como: prolongamento da fase latente e ativa do TP, paragem da descida da apresentação no segundo período do TP, ou em situações de disfunção uterina hipotónica (Clark, et al., 2009). Além da monitorização contínua fetal, a gestão do ritmo de perfusão da ocitocina seguiu um protocolo instituído. Em conformidade com Clark, et al. (2009), este foi ajustado ao estado materno-fetal e aumentado em intervalos nunca inferiores a trinta minutos. Ao estimular e ritmar as contrações uterinas, a vigilância e monitorização da dor em função das manifestações maternas foram intervenções implementadas.

Durante o estágio apenas foi presenciada uma situação de hiperestimulação uterina coincidente com o início da administração de ocitocina. Além dos relatos maternos a mesma verificou-se no registo

cardiotocográfico, revertendo-se após a remoção imediata do agente indutor e início a tocolise de emergência presenciada pelo médico obstetra.

Além do uso ocitocina também a amniotomia é uma medida interventiva no TP que se acredita ter repercussões positivas na diminuição do tempo de TP. Vários autores defendem que após a rotura das membranas ocorre uma libertação de prostaglandinas e ocitocina, resultando no aumento da intensidade das contrações uterinas e dilatação cervical mais rápida (Smyth, Markham e Dowswell, 2013).

Antes de qualquer intervenção obstétrica foi explicado o procedimento à parturiente e obtido o consentimento. A amniotomia é uma técnica assética, realizada aos quatro/cinco centímetros de dilatação, desde que franca progressão favorável do TP e na ausência de complicações materno-fetais. Por outro lado, foi necessário assegurar que a apresentação fetal se encontrava bem apoiada no colo uterino, pela realização de toque vaginal e que o bem-estar fetal estava garantido, com recurso à CTG. Aquando da rotura das membranas com o auxílio da pinça de amniotomia, o fundo uterino deve sofrer uma ligeira pressão permitindo a manutenção do apoio da apresentação no colo e saída lenta do LA, sob risco de ocorrer prolapso do cordão umbilical que constitui uma emergência obstétrica (Lowdermilk e Perry, 2008). A hora da amniotomia e características do LA devem ser registadas no partograma, condicionando desde então a tomada de decisão em situações anormais. A vigilância da FCF deve ser mantida pelo risco já referido para o feto.

Os resultados da revisão sistemática da literatura de Smyth, Markham e Dowswell (2013) que incluiu 15 estudos e 5583 parturientes não evidenciam diferenças significativas na duração do primeiro período do TP, aumento da incidência de cesariana e da satisfação materna com o parto ou alterações a nível do índice de APGAR no primeiro e no quinto minuto, entre os grupos onde foi implementada ou não a amniotomia. Segundo os autores acima referidos, a amniotomia não deverá ser realizada por rotina na prestação de cuidados à mulher em TP, pelo que foram consideradas as condições maternas e fetais na sua execução, em todos os momentos.

Na sequência das intervenções apresentadas, foram tidas em consideração as alterações dos mecanismos fisiológicos de progressão do TP: dinâmicos e mecânicos. Os primeiros, seguidamente abordados, dizem respeito à disfunção da contratilidade uterina e forças expulsivas involuntárias, os segundos referem-se a anomalias da apresentação, posição e dimensão fetal, bem como da estrutura da bacia materna e dos tecidos do canal de parto.

A disfunção contrátil uterina é definida pela ausência de forças uterinas insuficientemente ou descoordenadas para promover a extinção e dilatação cervical (Graça, 2010). A disfunção contrátil hipertônica é caracterizada por uma descoordenação na contratilidade uterina, representada no tocógrafo por ondas com diferentes formas e amplitudes, intervalos curtos e irregulares (Graça, 2010). Por outro lado, a disfunção contrátil hipotônica refere-se a contrações com baixa amplitude (inferior a 50mmHg), duração inferior a quarenta e cinco segundos e com uma frequência igual ou inferior a duas em dez minutos (Graça, 2010). Uma vez que as situações de disfunção contrátil hipotônica ocorrem com frequência na fase ativa do primeiro período do TP, pelo que as intervenções que advieram deste conhecimento incidiram na amniotomia e administração de ocitocina com o principal intuito estimular a progressão do TP. Esta conduta é apoiada por Nachum, et al. (2010) cujo estudo realizado evidencia uma maior eficácia da realização da amniotomia concomitantemente com a administração de ocitocina, do que as duas práticas realizadas isoladamente, na progressão do TP.

O segundo período do trabalho de parto ou período expulsivo é visto pelas parturientes como o auge de todo o processo de parto. É iniciado pela evidência de dilatação completa e tem uma duração média de quarenta e cinco a sessenta minutos em mulheres nulíparas e de quinze a vinte minutos na múltipara. Contudo, estes dados são apenas preditivos e não estanques. A duração do período expulsivo é determinada por fatores maternos e fetais. Os esforços expulsivos maternos podem ser realizados precoce (logo após a dilatação completa) ou tardiamente (quando a parturiente sentir vontade de puxar), orientados ou não orientados.

Um dos aspectos a ter em consideração é a influência da analgesia por via epidural sobre os puxos. Esta é a técnica de analgesia mais utilizada em obstetrícia, como um método farmacológico mais eficaz no alívio da dor de TP (Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez, 2011). Simkin e Ancheta (2000) defendem que o puxo sem apoio da apresentação associado à ausência de sensação de puxo, como em mulheres que optam pela analgesia por via epidural poderá conduzir ao mau posicionamento da apresentação, maior incidência de partos distócicos e aumento da morbidade materno-fetal.

A analgesia por via epidural poderá causar uma redução no tônus dos músculos do assoalho pélvico que afetam os mecanismos de descida e rotação da apresentação fetal por diminuir a intensidade da força de contração dos músculos abdominais, afetando os esforços expulsivos involuntários da mulher, o que se verificou na maioria das situações. Quando a mulher apresenta perda sensorial total devido ao bloqueio motor provocado pela analgesia por via epidural, o reflexo de Ferguson não está presente, o que está também se associou a períodos expulsivos mais prolongados, tal como advogam Cheng, Hopkins e Caughey (2004). Além disso, existe evidência científica que defende que os estados de fadiga em mulheres com analgesia por via epidural são significativamente reduzidos quando é realizado o puxo tardio, sendo que em mulheres com epidural não existem diferenças significativas (Gillesby, et al., 2010, Lai, et al., 2009).

A tomada de decisão no que diz respeito ao momento em que se deve orientar a parturiente a iniciar esforços expulsivos não deve ser baseada exclusivamente na dilatação cervical completa na medida em que a posição, apresentação e bem-estar fetal representam importantes fatores a ter em consideração. Por outro lado, esta intervenção deve ser realizada em conjunto com a parturiente, no encontro das expectativas e desejos.

Ao longo do período expulsivo, além de ser incentivada a realizar esforços expulsivos, a parturiente foi sendo assistida nos posicionamentos e incentivada a descansar entre as contrações, reduzindo a probabilidade de fadiga e promovendo a participação ativa no parto.

Os posicionamentos propícios de serem adotados para a realização de esforços expulsivos variaram entre decúbito lateral, semi-fowler ou posição de litotomia (Graça, 2010, Lowdermilk e Perry, 2008).

A evidência científica demonstra que as posições verticalizadas ou laterais associam-se a uma redução significativa do segundo período do TP, menores alterações ao nível do bem-estar fetal e, uma menor incidência de episiotomias. As parturientes foram incentivadas a adotarem a posição que lhes proporcionassem maior conforto e que lhes permitissem ter maior controlo sobre as respostas fisiológicas do parto de modo a se manterem participantes ativas no momento do nascimento, tal como advogam Calais-Germain e Parés (2010), Lowdermilk e Perry (2008) e Nogueira (2012).

Os ângulos estabelecidos entre o feto e a bacia materna alteram-se de acordo com a adaptação e progressão do feto ao longo do canal de parto, permitindo à parturiente alternar de posição para o nascimento (Calais-Germain e Parés, 2010, Lowdermilk e Perry, 2008).

Na assistência ao parto foi sugerido o uso de barras laterais ou outros instrumentos adaptativos para auxiliar o posicionamento, promover conforto e, aumentar a eficácia do esforço expulsivo materno. Simultaneamente foi incentivada a participação ativa da parturiente e realizados esforços no sentido de envolver o acompanhante no processo de parto, através do reforço positivo. Estas intervenções visaram o aumento a autoestima e autoconfiança do casal, proporcionando uma maior satisfação com a experiência vivida.

A monitorização do TP pressupõe a avaliação de diversos parâmetros, tais como: descida da apresentação, contrações uterinas e FCF, monitorizadas através da CTG.

À medida que a apresentação progredia ao longo do canal de parto, coroando-o, foram avaliadas as condições do períneo. Esta avaliação sugere a tomada de decisão face à execução necessária de episiotomia e tricotomia prévia.

A OMS sugere uma taxa ideal de episiotomia de 10% uma vez que ao longo dos últimos anos, *muitos estudos consistentes, revisões sistemáticas e meta-análises evidenciaram que não há base científica para a manutenção dessa prática de rotina* (Thacker e Banta, 1983 cit. por Carvalho, Souza e Filho, 2010, p. 334), prevalecendo o juízo cirúrgico mais adequado.

A episiotomia define-se como uma incisão cirúrgica durante o segundo período do TP cujo principal objetivo é promover o alargamento do períneo, requerendo sutura de correção (Carvalho, Souza e Filho, 2010). É a intervenção cirúrgica obstétrica que se realiza com mais frequência, ainda que adjuvante dos partos distócicos instrumentados por fórceps e por ventosa e em determinadas indicações materno-fetais. Segundo o manual de assistência ao parto publicado pela OMS em 1996, a realização da episiotomia é particularmente aconselhada em situações de estado fetal não tranquilizador, descida insuficiente da apresentação fetal e risco acrescido de laceração de terceiro grau. Porém, existem outras indicações para esta prática nomeadamente profiláticas, na preservação da integridade do assoalho pélvico; quando o encravamento num períneo resistente, caracterizado por tecido muscular espesso e resistente ou tecido cicatricial. Carvalho, Souza e Filho (2010), em conformidade com as diretrizes da OMS, referem que a iminência de laceração não é indicação para episiotomia de rotina, não trazendo qualquer benefício demonstrável para a parturiente ou para o feto, podendo ser indicada no controlo de lacerações descontroladas, com extensão para o reto e períneo curto. As características fetais como macrossomia fetal, prematuridade e posições anómalas, poderão ser indicadoras da realização desta prática.

A realização sistemática da episiotomia é atualmente tema de controvérsia. Não existem estudos conclusivos que indiquem que a realização da episiotomia encurte o período expulsivo, nem estão comprovados os potenciais efeitos positivos para a mulher, como a prevenção de lacerações perineais, incontinência urinária e prolapso genital. Pelo contrário, questionam-se os efeitos adversos intra e pós operatórios da sua realização (Carvalho, Souza e Filho, 2010). Apesar das atuais recomendações sobre a realização da episiotomia seletiva, a taxa continua bastante elevada, como se verificou no presente local de estágio.

A episiotomia deve ser realizada quando a apresentação fetal é visível durante uma contração até um diâmetro de três a quatro centímetros. Quando realizada precocemente poderá causar hemorragia acentuada, por outro lado, a sua realização tardia poderá conduzir ao comprometimento do assoalho pélvico e restantes estruturas (Rezende,

2005). Quando necessária, a realização da episiotomia poderá ser de três tipos, tais como lateral, medio-lateral e mediana. A incisão lateral está contra indicada pelo risco de lesões extensas do músculo elevador do ânus. A episiotomia media-lateral foi a mais comumente realizada, em situações necessárias durante o estágio, pelas suas vantagens a nível de menor incidência de lesões sobre o esfíncter anal e por proporcionar um amplo espaço vaginal favorável à descida da apresentação. Por outro lado, este tipo de incisão cirúrgica, quando comparada com outras de diferente localização, provoca uma maior perda de sangue, sendo também mais difícil de reparar, os resultados estéticos são condicionados face à incisão mediana (Rezende, 2005). Segundo Carvalho, Souza e Filho (2010), o tipo de incisão a realizar deverá ir ao encontro à experiência de quem a realiza.

Segundo Araújo e Oliveira (2008), a grande maioria dos partos vaginais são acompanhados de trauma do trato genital com origem em lacerações e/ou episiotomia, principalmente em primíparas. Após o dequite, é realizada a inspeção e avaliação da integridade do canal de parto, delimitando-se as estruturas afetadas e a sua real extensão.

A episiorrafia, que se entende por reparação da incisão cirúrgica da fenda vulvar (Rezende, 2005), tem por objetivo restaurar a integridade física da pele. Esta reparação baseia-se na identificação das estruturas afetadas, assegurando que não são deixados *espaços mortos*, pelo que a aproximação cuidadosa das diferentes camadas anatómicas é crucial neste procedimento reconstrutivo.

Após a realização da episiorrafia tornou-se fundamental proceder à inspeção do canal de parto assegurando assim a manutenção da sua integridade após o parto. Os cuidados pós episiorrafia devem ser sensíveis à dor perineal referida pela puérpera, procedendo à aplicação de frio local e gestão da analgesia, tal como refere Rezende (2005).

Após o nascimento, o momento ideal para a clampagem do cordão, precoce ou tardio é um assunto controverso. Questões que envolvem o tempo para a execução deste procedimento incluem a IG, a idade materna e considerações neonatais. Na clampagem tardia do cordão, isto é, após os trinta segundos de nascimento ou quando pára de pulsar, ocorre um aumento de transfusão placentária, de volume de sangue neonatal ao

nascimento, das reservas de ferro, diminuindo o risco de anemia, mas pode aumentar, adversamente, o risco de icterícia e a necessidade de fototerapia. Contrariamente, quando é executada uma clampagem precoce, as vantagens documentadas incluem permitir uma rápida reanimação e tratamento do RN, a colheita de células estaminais, como referem Garofalo e Abenhaim (2012).

O corte cordão umbilical pelo acompanhante não é uma prática em voga na instituição onde se realizou o estágio. No entanto, sempre que possível foi dada a oportunidade do convivente significativo presente puder fazê-lo. Uma das experiências mais enriquecedoras no que respeita ao corte do cordão diz respeito a uma amiga que acompanhou a parturiente durante todo o TP e se revelou um grande apoio para a mulher, estabelecendo-se um relação empática, de interajuda e de confiança entre ambas. Os momentos mais marcantes e emotivos de um procedimento aparentemente simples e banal como o corte do cordão foi facilitador de todo o processo de ligação mãe/acompanhante ao RN, bem como na promoção da amamentação.

A gestão do terceiro período do TP ou dequitação engloba o controlo do descolamento rápido e expulsão da placenta de forma eficaz e segura. Assim, foi assegurada a vigilância da consistência e volume uterino, perda sanguínea vaginal, com a avaliação dos sinais de descolamento da placenta - pressão suprapúbica, manobra de Krustner, do sinal do cordão, da golfada de sangue e de útero globoso e firme. Com a confirmação do descolamento, era solicitado à puérpera a realização de pequenos esforços expulsivos no auxílio à saída da placenta. Após o nascimento do RN, a puérpera era esclarecida sobre o aparecimento de contrações uterinas, que iam auxiliar na expulsão da placenta. A posição em decúbito dorsal era mantida, bem como a cabeceira baixa, aguardando-se cerca de trinta minutos pela dequitação. Em algumas situações foi solicitada a intervenção do obstetra para a realização de dequite manual por não descolamento de placenta ou saída incompleta da mesma.

O apoio à puérpera foi fundamental nestas situações, pois trata-se de um procedimento doloroso e desconfortável. A gestão da dor e a prevenção da hemorragia foram focos de atenção considerados.

Imediatamente após a expulsão da placenta foi crucial assegurar a formação do globo de segurança de Pinard, com massagem circulantes no fundo uterino, manobra de Credê, associado ao início da perfusão de ocitocina, de acordo com o protocolo estabelecido. A puérpera era então informada sobre a existência do globo de segurança e incentivada a realizar massagem para coadjuvar o útero a regressar à sua posição anatômica normal e promover a autovigilância no período pós parto.

Como parte integrante dos cuidados imediatos à puérpera, além de assegurar a manutenção do globo de segurança e vigiar a perda sanguínea, também o conforto foi considerado fulcral com a limpeza do períneo. No âmbito da autovigilância, as puérperas foram ensinadas sobre os cuidados a ter com o períneo, de acordo com a integridade verificada, os padrões de eliminação vesical ou intestinal, a mudança frequente do penso higiênico, uso de roupa interior de algodão para prevenção do risco de infecção, bem como incentivadas a utilizar medidas de alívio da dor, como uso de gelo tópico e almofadas.

A ligação pai/mãe e filho é um foco de atenção, sensível aos cuidados de enfermagem. Sabe-se que esta é mais eficaz quanto mais precocemente for iniciada, mesmo já na gravidez. A promoção do contato pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento, com temperatura ambiente de 26°C e envolvido em campos pré-aquecidos, reduz o risco de hipotermia em RN's de termo, além de ser considerada uma estratégia de promoção do aleitamento materno, com início da amamentação na primeira hora de vida.

A OMS recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois se associa a uma melhor interação mãe/filho, um período em que o RN está em estado de alerta e pronto para mamar. Porventura, a amamentação favorece a contração uterina e a prevenção de hemorragia materna, com a promoção da saúde da mulher e do RN.

As intervenções no que concerne à amamentação foram ao encontro da decisão de amamentar, ao auxílio da amamentação na primeira hora e à verbalização das vantagens da amamentação, pois com o desgaste físico muitas puérperas não manifestavam disponibilidade para amamentar.

A vivência do parto é uma experiência única no ciclo vital da mulher e família. O respeito por todos os intervenientes neste processo foi crucial ao longo do processo de aprendizagem, auxiliando-os em todos os momentos do processo do parto. Assim, o tempo, a paciência, a dedicação e a disponibilidade foram os pontos fundamentais ao longo deste período de estágio, que por sua vez proporcionou oportunidades únicas de desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados de qualidade.

2.1.3. Pós-parto

O estágio decorrido no serviço de Obstetrícia tornou possível o desenvolvimento e a aquisição de competências técnico-específicas necessárias à implementação de cuidados comuns e específicos no âmbito do autocuidado pós parto, do processo de transição e adaptação à parentalidade, bem como nos cuidados específicos à mulher, RN e conviventes significativos, nomeadamente o pai, durante o período de internamento.

O período puerperal é compreendido como o período que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais, determinadas pela gestação no organismo materno, retornam às condições pré-gravídicas (Santos, 2002). Neste período ocorrem adaptações fisiológicas e comportamentais complexas caracterizadas pelos fenómenos involutivos, pelo estabelecimento da amamentação, pela adaptação psicológica da mãe e da relação mãe/pai e filho, bem como outros conviventes significativos.

O puerpério é dividido em três fases: imediato, que decorre do primeiro ao décimo dia após o parto, durante o qual se desenrolam todas as modificações necessárias ao retorno do funcionamento do organismo da mulher ao estado anterior à gravidez; tardio, desde o décimo primeiro ao vigésimo quinto dia pós-parto, desenrolando-se neste período

manifestações involutivas de recuperação e regeneração da genitália materna e, remoto, com o término impreciso, na dependência da lactação, normalmente em torno de seis semanas, permeados por processos físicos, sociais e psicológicos, inerentes à maternidade (Lowdermilk e Perry, 2008).

Não é possível descurar o facto do período pós-parto ser complexo. As exigências que um RN requer podem ser inibidoras da adaptação da mulher e da família ao novo papel. Em simultâneo, assimilam-se todas as alterações fisio-psicológicas vivenciadas pela mulher após o parto.

As primeiras horas pós parto foram cruciais em diversos sentidos. A mulher encontrava-se dependente no autocuidado pelo repouso no leito instituído, o que a impossibilitava de realizar os primeiros cuidados ao RN. O levantar e a deambulação precoce após o parto evidenciam uma menor incidência de tromboembolismos, a promoção da vitalidade e autonomia da mulher, promovendo em simultâneo uma adaptação ao novo papel menos morosa (NICE, 2006).

Segundo os protocolos da instituição o primeiro levantar ocorreu nas seis horas após parto eutócico, doze horas após cesariana com analgesia epidural, vinte e quatro após parto por cesariana com anestesia geral, obedecendo sempre a complicações que possam ter surgido no parto ou no puerpério imediato.

A assistência da mulher no primeiro levantar no pós-parto e o tempo em que ocorrer foi ao encontro da singularidade da mesma, o estado geral, o tipo de parto e o tipo de analgesia realizada. Porém, as condições do útero e a perda hemática vaginal são tidas em consideração para a realização deste procedimento dentro dos *timings* protocolados. A monitorização dos sinais vitais, a assistência durante o levantar e a vigilância de sinais e sintomas antecédidos de lipotimia são também partes integrantes do procedimento referido (Lowdermilk e Perry, 2008).

No primeiro contato pós-parto, as puérperas foram ensinadas acerca dos sinais e sintomas de vigilância e autocuidado e informadas sobre a necessidade de entrar em contato com o profissional de saúde a fim de serem tomadas as medidas necessárias, de acordo com os conhecimentos e capacidades já adquiridos no BP. As intervenções inerentes ao primeiro

contato e na admissão da puérpera no serviço foram ao encontro da vigilância da posição, da consistência uterina e da perda hemática vaginal.

Logo após a dequitação inicia-se o processo de involução uterina. É esperado que ao fim de doze horas após o parto o útero seja palpado cerca de um centímetro acima da linha umbilical, envolvendo cerca de dois centímetros em vinte e quatro horas. Ao décimo dia espera-se que o útero esteja palpável ao nível da sínfise púbica (Lowdermilk e Perry, 2008). Em situações duvidosas acerca da consistência e involução uterina, foi aplicada massagem uterina, no sentido fundo do útero-vagina. A mesma teve como objetivo a remoção de lóquios e possíveis coágulos, até à consistência e posição adequada do útero. Durante este procedimento de vigilância, a puérpera foi ensinada e instruída sobre a massagem uterina, o processo de involução e os sinais de alerta, promovendo-se assim o autocuidado após o parto.

A observação das características e evolução dos lóquios é crucial no despiste de hemorragias relacionadas com a ferida perineal, lacerações não suturadas, bem como atonia uterina e retenção de fragmentos (Lowdermilk e Perry, 2008).

Todavia, NICE (2006) refere que na ausência de perda vaginal anormal, a avaliação do útero por palpação abdominal ou medida como uma observação de rotina é desnecessária. No entanto, conhecimentos acerca deste processo, vigilância mais frequente nas primeiras horas pós parto e reconhecimento de sinais de alerta permitiram a tomada de decisão face a possíveis complicações, como retenção de fragmentos placentários e infeção.

A higiene perineal é outro parâmetro envolvido no autocuidado. A mesma inclui a mudança frequente de pensos absorventes, lavagem das mãos aquando do mesmo processo e a frequência diária deste procedimento, essenciais à prevenção de infeção (NICE, 2006), sendo que a avaliação do períneo foi executada sempre que fosse pertinente. A dor e o edema perineal são comuns, pelo que existe evidência científica que justifica o uso de terapia fria tópica para alívio da dor perineal (NICE, 2006). No serviço onde se realizou o estágio foi possível implementar esta

prática de forma independente, com evidências de maior conforto para a mulher sobretudo nas primeiras horas após o parto.

É expectável que a primeira micção ocorra nas primeiras seis a oito horas após o parto eutócico (NICE, 2006). Segundo Lowdermilk e Perry (2008), a diminuição do tônus vesical, presença de edema causado por possíveis traumatismos ou medo de urinar e sensação de desconforto, poderão conduzir a distensão vesical, subsequente retenção urinária e, por sua vez ao deslocamento uterino lateralmente. Assim, no âmbito do diagnóstico de enfermagem, eliminação urinária comprometida, foi realizada a vigilância da mesma até estar estabelecido o padrão de normalidade, tendo em atenção as queixas verbalizadas pela puérpera.

Devido à diminuição do tônus muscular do intestino durante o parto, a eliminação intestinal espontânea poderá não ocorrer durante o internamento conduzindo a manifestação de desconforto e distensão abdominal. Em casos de sutura por episiotomia ou lacerações, o restabelecimento do trânsito intestinal fornece informações acerca da integridade das estruturas adjacentes ao canal de parto. Tal como Nice (2006) recomenda, a deambulação, a ingestão de alimentos ricos em fibras e líquidos como estratégias não farmacológicas foram aplicadas e ensinadas à puérpera no âmbito da eliminação intestinal. Porém, a administração de emolientes e laxantes ponderada, é uma prática comum.

O restabelecimento da função urinária e intestinal é fundamental pois confirma a integridade da musculatura adjacente ao canal do parto, mesmo com a realização de episiotomia e posterior episiorrafia ou lacerações. No sentido de prevenir e promover a recuperação perineal, as puérperas foram ensinadas e incentivadas a executar os exercícios no pavimento pélvico, denominados de exercícios de Kegel, sendo que a maioria das puérperas referiu já ter conhecimento dos mesmos e ter aplicado durante o período pré-natal.

Ao longo do estágio foram prestados cuidados a puérperas com história de membranas fragmentadas e retenção placentária no terceiro estágio do TP. Nestas situações específicas procedeu-se à vigilância mais frequente da involução uterina, lóquios e sinais vitais com a finalidade de avaliar o risco de hemorragia pós parto e infeção puerperal decorrente da

manipulação uterina no parto e intervir precocemente, numa conduta antecipatória (Lowdermilk e Perry, 2008).

Os cuidados puerperais realizados permitiram a deteção e atuação em situações de complicações maternas no pós-parto, nomeadamente a hemorragia pós-parto e as complicações pós-anestésicas.

A administração de analgesia por via epidural é um método farmacológico de alívio da dor cada vez mais utilizado durante o TP e parto. Contudo, poderá ocorrer punção da dura-máter e extravasamento de líquido cefalorraquidiano durante a colocação do mesmo, principal fator causador de cefaleias intensas e fotofobia (Lowdermilk e Perry, 2008). Apesar de raras, foram identificadas duas como a descrita, sendo que ambas as puérperas tinham sido informadas do sucedido e encontravam-se alerta face a complicações subsequentes.

A literatura descreve o período de puerpério carenciado de especial atenção devido às inúmeras alterações físicas, psíquicas e de inserção social, refletindo-se diretamente na saúde mental da mulher.

O *blues pós-parto* é caracterizado por labilidade emocional sem razão aparente, sentimentos derrotistas, inquietação, fadiga, insónias, cefaleias, ansiedade, tristeza e raiva (Lowdermilk e Perry, 2008). Segundo Cepêda, Brito e Heitor (2005), cerca de 40% a 60% das mulheres experimentam esta perturbação mental, que habitualmente desaparecem espontaneamente e pode durar vários dias.

Vários casos foram identificados ao longo do estágio, sobretudo em internamentos mais prolongados. Foram realizados ensinamentos ao casal acerca do significado do *blues pós-parto*, efeitos e manifestações. Casais informados poderão ser mais autónomos quer no equilíbrio enquanto casal, quer na adaptação ao novo papel, por si só capazes de reconhecer os padrões de normalidade deste período. A puérpera foi incentivada a gerir os períodos de descanso/sono de acordo com os períodos de sono do RN, procurar exprimir sentimentos e inseguranças, bem como a procurar aceitar ajuda de conviventes significativos nas tarefas domésticas.

A maioria dos pais manifestou sentimentos de inutilidade face à maternidade, desconhecendo o papel fundamental desempenhado no pós-parto imediato. Os mesmos foram incentivados a gerir as visitas, com

especial cuidado para os horários de amamentação, sentindo-se útil na promoção do bem-estar e conforto tanto da mulher como do RN. Ao promover o papel ativo dos mesmos conduziu a uma maior satisfação no seu novo papel e, sem simultâneo a mulher passaria a vê-lo como suporte para a maioria das tarefas, também fator facilitador da satisfação conjugal, tantas vezes em risco com o nascimento de um filho.

Aos casais foi explicada a importância de dar tempo a si mesmos e ao RN para se adaptarem, não descurando o papel de outros conviventes e familiares. Relativamente à sexualidade, em geral os casais mantinham evitamento da temática face ao estabelecimento de prioridades em relação ao filho. Durante a preparação do regresso a casa, as puérperas eram orientadas como e quando podiam recomeçar a atividade sexual, o que deve ocorrer por volta das quatro semanas após o parto (Graça, 2010), quando a cicatrização da ferida perineal está presente, sem hemorragia e sinais de infeção. Todavia tornou-se importante frisar a importância de não haver um tempo estanque. A decisão sobre o início da atividade sexual deve ser tomada como casal.

O planeamento familiar foi também uma área de atenção durante o puerpério, pelo que as puérperas foram informadas sobre os métodos anticontraçetivos, com a abordagem às opções existentes, com a finalidade de tomarem uma decisão informada para prevenir uma nova gravidez assim que for estabelecida a atividade sexual. Assim, foi conseguida a promoção da sexualidade saudável de acordo com as diretivas da OMS (2008).

Um fator promotor da adaptação ao novo papel evidenciou-se na disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, e incentivo para as puérperas frequentarem cursos de recuperação pós-parto como recurso na comunidade. É um pretexto válido para a partilha de experiências, permite o convívio com outros casais aliando a vida social à recuperação física após o parto. Estes poderão influenciar a melhoria da autoestima e autoconfiança de ambos os membros do casal face às exigências do RN.

A parentalidade é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo o tornar-se pai e mãe, respondendo às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do seu filho, que numa perspetiva antropológica designa laços de aliança e filiação (Leal, 2005). A parentalidade pode descrever-se

como um processo de incorporação e transição de papéis que começa durante a gravidez e que termina quando o pai/mãe desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho do papel (Lowdermilk e Perry, 2008). À luz da teoria das transições, pode-se considerar que a transição para a parentalidade é uma transição múltipla, ou seja, temos presente uma transição desenvolvimental por estar implícita a parentalidade e uma transição situacional porque estamos perante o nascimento de um novo membro da família. Esta transição conduz à redefinição de papéis de todos os envolvidos (Meleis, 2007). Uma vez que é o nascimento do filho que conduz ao tornar-se pai e mãe, estas duas transições relacionam-se entre si. O processo de vinculação está implícito nesta transição múltipla. Tem como base os conceitos apresentados e a teoria das transições, é importante avaliar a percepção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição para a parentalidade, por parte dos pais; determinar o grau de envolvimento no processo de aprendizagem, inerente à transição; ter em conta o significado que o casal atribui ao facto de se terem tornado pais; considerar as crenças e atitudes do casal, o estatuto socioeconómico e conhecer a percepção do casal sobre a sua preparação para ser pai e mãe.

Assim, as intervenções de enfermagem desenrolaram-se no sentido de promover o processo de vinculação na tríade mãe/pai/filho; mostrar disponibilidade para expressão de dúvidas, sentimentos, medos por parte dos pais; promover a autoconfiança dos pais nos cuidados ao RN; avaliar o grau de envolvimento e de aprendizagem, nesta nova etapa das suas vidas.

A adaptação e a transição ao papel parental foram cruciais durante este período. Sendo que a observação sobre comportamentos que indiquem a formação de vínculos emocionais entre o RN e a família, dando especial ênfase à mãe e ao pai foi assegurada em todos os momentos.

A relação do casal com o RN constitui-se desde o período pré-natal e é influenciada pelas expectativas que ambos têm sobre o RN e pela interação que, também, se estende após o nascimento. Ainda na gravidez, o vínculo é de importância vital para o feto, pois este precisa de se sentir desejado e amado para propiciar a continuação harmoniosa e saudável do seu desenvolvimento. A formação do vínculo não é automática e imediata, pelo contrário, é gradativa e, portanto, exige o respeito pelo tempo necessário para que possa surgir e manter-se ao longo do tempo (Fonseca, 2010).

Comportamentos como desejo expresso despir e tocar no RN, o sorrir, beijar e falar com ele, segurá-lo, balançá-lo e aninhá-lo junto do seu corpo eram ótimos sinais de formação de vínculos parentais com o RN. Por

outro lado, a diminuição da volição para a prestação de cuidados ao RN, na ausência dos comportamentos acima descritos manifestados pelos pais indiciam dificuldades na adaptação ao novo papel. Nestas situações foi essencial envolver outros membros da família como os avós, no sentido de auxiliar os novos pais nos primeiros dias de vida do bebê, sem os substituir.

Os cuidados ao RN como a sua higiene, vestuário e alimentação, são procedimentos que causam ansiedade aos pais quanto mais inexperientes e apoiados forem. No âmbito do conhecimento e capacidades para cuidar do RN foram proporcionados vários momentos de aprendizagem, esclarecimento de dúvidas e desmistificação de ideias pré concebidas.

O momento do banho ao RN foi umas das oportunidades para envolver os pais nos cuidados, ensinando-os bem como, sobre as características do RN, tal como refere Hockenberry e Wilson (2011). As opiniões, crenças e valores da mulher, parceiro e família, em relação aos seus cuidados e ao do RN, devem ser respeitados em todos os momentos. Durante a realização dos cuidados ao RN eram realizados os ensinamentos e treino de alguns cuidados com a puérpera: lavagem das mãos antes e após a execução dos cuidados ao RN, a higiene e conforto (cuidados com a temperatura, o nível da água, diferentes formas de dar banho, os produtos do banho), limpeza do coto umbilical, mudança e colocação da fralda, corte das unhas, limpeza dos olhos, ouvidos e nariz, aplicação de creme hidratante para prevenir e tratar a pele seca, e os cuidados com o vestuário. Este momento era uma excelente oportunidade para observar o comportamento do RN, o estado de consciência, prontidão e atividade.

As manifestações de dor pelo RN, tinha como etiologia principal as cólicas. As massagens, a estimulação do ânus, a posição do RN foram instruídas aos pais, de acordo com Hockenberry e Wilson (2011).

Cranley e Ziegel (1986, pág. 526) *é aconselhável dar à mãe uma oportunidade para cuidar do umbigo antes de deixar o hospital, especialmente se ela demonstrar ansiedade com relação a tal procedimento*, como foi possível verificar em algumas puérperas. De acordo com Hockenberry e Wilson (2011), a identificação dos sinais de infeção do coto umbilical, tais como: exsudado esverdeado ou purulento, com cheiro fétido, calor e rubor na pele circundante, permitem aos pais ter

conhecimento sobre quando recorrer ao serviço de urgência, após o regresso a casa.

Segundo o ICN (2011, p. 39) a amamentação é o *padrão alimentar ou ingestão de líquidos: alimentar uma criança oferecendo leite materno*. Por sua vez, a amamentação exclusiva consiste em *alimentar exclusivamente com leite materno, excluindo outros tipos de alimentos nos primeiros 4 a 6 meses de vida da criança* (ICN, 2011, p. 39).

A UNICEF e a OMS elaboraram dez passos para o sucesso do aleitamento materno, com o intuito de libertar os hospitais da dependência dos substitutos do leite materno e incentivar os serviços de maternidade a apoiarem o aleitamento materno. Neste sentido, tendo em conta estes dez passos, foram concebidas, planeadas, implementadas e avaliadas intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno ou seja, intervenções tais como: explicar os benefícios do aleitamento materno à puérpera; instruir e treinar com a puérpera a técnica de amamentação (posicionamento confortável da puérpera, posição do RN, pega eficaz, reflexo de sucção e deglutição presentes); apoiar, motivar e incentivar a amamentação. A procura de saúde foi um dos focos, avaliado pela adesão ao Cantinho da Amamentação situado na proximidade do serviço, à medida que as dificuldades fossem surgindo.

Assim foi crucial ensinar o casal sobre as vantagens da amamentação são inúmeras, tanto para a mãe, o RN e o meio ambiente, sendo elas: o leite materno possuir todos os nutrientes para o RN, com aumento das suas defesas e fortalecimento do sistema imunitário; fácil de digerir; reforça os laços afetivos entre a mãe e o RN; é económico e prático estando sempre pronto e à temperatura adequada; promove a recuperação após o parto mais rápida e eficaz perda de peso, com fortalecimento da autoestima da mulher. Para o meio ambiente é um produto natural, renovável, não contaminado e autossuficiente, tal como referem Galvão (2006) e Bértolo e Levy (2008).

A descida de leite surge por volta das quarenta e oito horas após o parto, tornou-se uma necessidade em cuidados especializados pelo risco de ingurgitamento mamário e fissuras, sendo estes os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados no âmbito da

amamentação. As mamas crescem e ficam tensas, duras, quentes, com possibilidade de hipertermia materna. Assim, no sentido de promover o alívio dos sintomas e prevenção do ingurgitamento mamário e mamilos fissurados e macerados, as puérperas eram incentivadas a continuar com a amamentação com uma pega correta e a amamentar de livre demanda.

As massagens circulares na mama, a aplicação de compressas quentes antes das mamadas e frias após as mamadas, o esvaziamento completo da mama antes de oferecer a outra, o uso de um bom sutiã de suporte foram intervenções de enfermagem implementadas de acordo com os diagnósticos previamente definidos, com resultados positivos durante o internamento.

A maioria das puérperas apresentava dificuldades em colocar o RN à mama, sendo auxiliadas durante as mamadas e instruídas acerca da uma pega correta e da sua real importância. A observação da amamentação foi uma intervenção e enfermagem, no sentido de despistar o mau posicionamento e prevenir problemas provenientes de uma pega incorreta, como ingurgitamento mamário, fissuras, desconforto e mesmo diminuição da volição para amamentar.

Assim, a puérpera era incentivada a adotar diferentes posições entre as mamadas indo ao encontro da mais confortável numa estratégia de experimentação. A mudança de posição entre as mamadas promove o esvaziamento de todos os ductos da mama e aumentar a confiança da puérpera na sua capacidade para variar as posições no domicílio. A estimulação do RN também se mostrou relevante. O casal foi instruída acordar o RN, despindo-o ou mudando a fralda como forma de o manter desperto para a amamentação (Saraiva, 2010).

A puérpera e os conviventes significativos manifestam mitos acerca da amamentação, pelo que a informação fornecida ao longo do internamento foi crucial na desmistificação de ideias pré concebidas. A sociedade acredita que o RN deve mamar 10 minutos em cada mama, pelo que foi explicado a composição do leite materno, de acordo com Bértolo e Levy (2008): inicialmente é constituído por água e lactose, e à medida que a mamada prossegue, é constituído por gordura, o que permite ao RN ficar satisfeito mais tempo e aumentar de peso. No entanto, verificou-se que a

puérpera se manifesta ansiosa mesmo com informação acerca da amamentação duvidando, muitas vezes das próprias capacidades para amamentar. Assim, a privacidade durante o ato de amamentar foi um meio para promover a autoconfiança e conforto.

No que concerne à higiene das mamas, Saraiva (2010) refere que a higienização dos mamilos deve ser realizada uma vez por dia, durante o asseio diário, apenas com água. O uso de cremes ou gel de banho com perfumes poderá induzir à recusa do RN em pegar na mama. O mesmo autor defende que os discos protetores de algodão devem ser evitados, optando-se pelo uso de protetores de mamilos, sendo que a puérpera foi também ensinada sobre a higiene das mamas numa perspectiva do autocuidado.

Na área dos cuidados à mulher e RN após parto, a atuação teve como principais objetivos: promover a autonomia, potenciar a saúde da puérpera e do RN e, promover a transição e adaptação à parentalidade. De todos as intervenções e ensinamentos descritos previamente, durante o internamento, o diálogo com as puérperas e conviventes significativos, nomeadamente o companheiro/pai da criança proporcionou uma maior confiança, autonomia e incentivo ao exercício do novo papel de forma independente.

Após o nascimento de um RN o enfermeiro é o profissional de saúde que, pela sua relação de proximidade, se encontra mais apto para ajudar a puérpera em conjunto com a família a escolher os mecanismos adaptativos e defensivos para que seja ultrapassada a instabilidade, mudanças de autoestima, mudanças de desempenho de papéis que o período puerperal acarreta, para assim se alcançar um novo equilíbrio.

3. IMPLICAÇÕES DA MANOBRA DE VALSALVA NO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia foi elaborada uma revisão integrativa da literatura de uma área de interesse dos cuidados especializados. O interesse por esta problemática emergiu da observação contínua de práticas e tomadas de decisão divergentes na gestão do segundo período do trabalho de parto, nomeadamente no que concerne ao incentivo da Manobra de Valsalva (MV) ou puxo dirigido, conduzindo a resultados maternos e neonatais imprevistos. A revisão integrativa da literatura visou a mobilização de saberes de suporte à prática clínica e a integração de conhecimentos para a melhoria dos cuidados baseando-se em evidências científicas, permitindo o desenvolvimento de competências na área de investigação em enfermagem.

As recomendações da OMS (1996) na assistência ao parto normal visam a estimulação de práticas úteis e a eliminação de práticas prejudiciais ou ineficazes, com base em evidências científicas. No que concerne à gestão do período expulsivo do TP, esta está associada a um conjunto de comportamentos específicos, como o que diz respeito aos esforços expulsivos. Observou-se que a maioria das situações imerge no incentivo à mulher em realizar puxos contínuos e mantidos, denominados também de puxos dirigidos ou MV, que de acordo com as recomendações supramencionadas, constituem um conjunto de práticas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas.

A MV é a prática mais comumente incentivada durante este processo, surgindo a necessidade de explorar e aprofundar as reais implicações da aplicação da mesma já desencorajada pela OMS (1996), nas recomendações de assistência ao parto normal. Assim, este trabalho tem o propósito de conhecer os reais efeitos e as potenciais implicações do incentivo da MV durante o período expulsivo. Para tal, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, tendo por base estudos indexados em bases de dados da saúde, entre 2000 e 2013.

3.1. Introdução ao Problema

O segundo período do TP ou período expulsivo inicia-se quando há dilatação completa do colo uterino e termina quando ocorre expulsão do feto ou o nascimento, *evento ou episódio com as características específicas: parir uma criança, trazendo ao mundo um novo ser* (ICN, 2011, p.103). Esta fase é caracterizada pela presença de contrações regulares e frequentes, durante as quais a mulher sente uma pressão pélvica e um impulso de puxar (Osborne, 2010).

Segundo De la Fuente e Usandizaga (1995, 2003 Cit. por Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez, 2011), o período expulsivo divide-se em duas fases: fase não expulsiva, passiva ou de descida, isto é, quando o colo uterino está completamente dilatado e a mulher não sente vontade de puxar e a fase expulsiva, quando a mulher sente vontade de realizar esforços expulsivos em cada contração uterina, devido à apresentação fetal se encontrar ao nível das espinhas isquiáticas.

O puxo ou reflexo expulsivo define-se como um impulso involuntário induzido pela compressão da apresentação sobre a musculatura pélvica. Este é produzido quando a contração alcança 30mmHg de amplitude e há presença do reflexo de Ferguson. Este ocorre quando a apresentação se encontra abaixo das espinhas isquiáticas, há alongamento dos nervos e dos músculos, simultaneamente com a estimulação dos recetores de estiramento da parede

vaginal posterior sinalizando a hipófise posterior para o aumento da libertação de ocitocina, num mecanismo de feedback positivo (Roberts, 2002). Por sua vez, a ocitocina tem um efeito fisiológico sobre a contratilidade uterina, aumentando a quantidade e intensidade das contrações. Quando a mulher percebe a sensação de puxo, produz uma contração abdominal involuntária de auxílio ao útero para ocorrer o nascimento (De la Fuente, 1995 Cit. por Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez, 2011). Segundo os mesmos autores, quanto à forma, os puxos podem ser espontâneos/livres ou dirigidos/MV. Os primeiros referem-se ao puxo quando a mulher sente necessidade de o fazer associado às contrações entre três a cinco puxos expiratórios curtos, com duração não superior a seis segundos e, com glote aberta. Os segundos referem-se ao puxo dirigido logo que a dilatação está completa, independentemente da vontade de puxar. A mulher tende a posicionar-se segurando os joelhos contra o tórax e a manter os cotovelos estendidos. Esta é solicitada a inspirar profundamente no início da contração e a utilizar a apneia expiratória durante um período de 10 a 30 segundos, associada ao esforço com contração abdominal e diafragmática (com glote fechada) numa frequência de três a quatro puxos em cada contração com ausência de ruídos (Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez, 2010).

As alterações fisiológicas cardiovasculares da gravidez e as repercussões hemodinâmicas provocadas pela MV ocorrem de maneira similar na parturiente. No que concerne à sequência de alterações fisiológicas do sistema respiratório durante a gravidez podem ser prejudiciais, uma vez que envolve períodos de apneias prolongadas, impostos pela manobra, desenvolvendo altos índices de pressão torácica e abdominal que afetam diretamente órgãos vitais, como o coração e os pulmões (Buhimschi, et al., 2002, Fraser, et al., 2000, Minato, 2000). Segundo Lowdermilk e Perry (2008), este método de puxo provoca um estímulo no sistema nervoso parassimpático resultando num reflexo vagal com consequente diminuição da pressão arterial e da frequência cardíaca materna. Estas alterações, por sua vez, levam à diminuição do fluxo sanguíneo uteroplacentário, altera a oxigenação materna e fetal, diminui o pH e a pressão parcial de oxigénio (PO₂) e aumenta a pressão parcial de dióxido de carbono (PCO₂) fetal, o que contribui para a incidência de hipoxia fetal refletida nos padrões de FCF (Martin, 2009).

Um dos aspetos a ter em consideração é a influência da analgesia epidural sobre os puxos. Esta é a técnica de analgesia mais utilizada em obstetrícia, como um método farmacológico mais eficaz no alívio da dor de TP (Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez, 2011). Simkin e Ancheta (2000) defendem que o puxo realizado quando apresentação não se encontra apoiada no colo uterino está associado à ausência de sensação de puxo, como em mulheres que optam pela analgesia por via epidural poderá conduzir a um mau posicionamento da apresentação, maior incidência de partos distócicos e aumento da morbilidade materno-fetal. A evidência científica defende que a analgesia por via epidural reduz o tónus dos músculos do assoalho pélvico que afetam os mecanismos de descida e rotação da apresentação fetal. Por outro lado, a analgesia por via epidural diminui a intensidade da força de contração dos músculos abdominais, afetando os esforços expulsivos involuntários da mulher. Em situações em que a mulher apresenta perda sensorial total devido ao bloqueio motor provocado pela analgesia por via epidural, o reflexo de Ferguson não está presente, o que está também associado a períodos expulsivos mais prolongados (Cheng, Hopkins e Caughey, 2004).

Além do aumento do número de mulheres que optam pela analgesia por via epidural durante o TP como método de alívio da dor, constata-se que na maioria das situações as mulheres em período expulsivo são instruídas a realizar esforços expulsivos prolongados e dirigidos (MV) rotineiramente, tal como Yildirim e Beji (2008) referem, inserida nas condutas *claramente prejudiciais ou ineficazes que deveriam ser eliminadas*, de acordo com as recomendações da OMS na assistência ao parto normal.

Segundo Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez (2011), a evolução natural do TP deve ser favorecida sempre que as condições materno-fetais o permitam, sendo que não existem na literatura reais vantagens para a aplicação rotineira da MV. Por sua vez, as suas indicações estão voltadas para a abreviação do período expulsivo quando este é prolongado ou existem alterações ao nível do bem-estar fetal. As mesmas autoras referem, ainda, que na assistência ao parto nesta fase deverá respeitar-se o tempo do período expulsivo, o mesmo significa que a descida fetal e o tempo necessário até que a mulher manifeste vontade de puxar deve ser respeitado, apesar de que em situações de analgesia epidural o mesmo tende a prolongar-se. Desta forma, é

possível minimizar os efeitos indesejados deste método farmacológico de alívio da dor na evolução do período expulsivo, bem como aumentar a taxa de partos eutócicos.

Assim, objetivou-se a identificação das implicações maternas e fetais do puxo dirigido/ MV no período expulsivo, no sentido de serem adotadas melhores práticas individualizadas, tendo por base a evidência científica fidedigna, pertinente e atual. Desta forma, pela procura dos melhores cuidados especializados será possível percorrer o longo caminho para a redução da taxa de partos instrumentados, promover o aumento dos partos eutócicos e produzir melhores resultados maternos e fetais.

3.2. Método

O presente trabalho constitui um estudo de abordagem qualitativa, com base na revisão integrativa da literatura, para identificação da evidência científica sobre as implicações da MV no período expulsivo do parto.

A revisão integrativa da literatura permite a inclusão de metodologias diversificadas, proporcionando uma compreensão mais completa de um assunto como foco de interesse. É uma metodologia específica de pesquisa em saúde que sintetiza um referencial teórico, tendo em vista uma maior compreensão de uma questão e permite ainda uma ampla análise da literatura. (Mendes, Silveira e Galvão, 2008, Sousa, et al., 2011, Souza, Silva e Carvalho, 2010). Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 175), *este método tem a finalidade de reunir e sistematizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão de maneira mais sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema pesquisado.*

Segundo os autores acima mencionados, desenvolvida com os propósitos da Prática Baseada em Evidência (PBE), esta metodologia possibilita, ainda, a divulgação do conhecimento, onde num único estudo disponibiliza o resultado de várias pesquisas. Tem a vantagem de serem incluídos, simultaneamente, estudos de pesquisa experimental e quase-experimental e, a combinação de

dados de literatura teórica e empírica, o que viabiliza uma compreensão aprofundada sobre o tema de estudo.

De acordo com o propósito do investigador, a elaboração da revisão integrativa da literatura tem diferentes finalidades, o mesmo se pode dizer que esta pode ser direcionada para a definição de conceitos, a revisão de teorias ou a análise metodológica dos estudos incluídos num tópico em particular, tendo como resultado um quadro completo de conceitos, de teorias ou problemas relativos aos cuidados de saúde relevantes para a prática de enfermagem.

O recurso à revisão integrativa da literatura torna-se pertinente na medida em que se recorre a estudos recentes, fidedignos, pertinentes e com diferentes abordagens metodológicas. Na análise sistemática dos mesmos, deve ter-se em consideração os respetivos objetivos, materiais e métodos, tal como referem Souza, Silva e Carvalho (2010).

A elaboração da revisão integrativa encontra-se bem descrita na literatura embora vários autores adotem diferentes formas de subdividir o processo. Esta envolve seis fases: a elaboração da pergunta de pesquisa, a procura de evidência existente, a categorização dos estudos, a análise crítica dos estudos incluídos, a interpretação e a discussão dos resultados e a síntese do conhecimento (Mendes, Silveira e Galvão, 2008, Sousa, et al., 2011, Souza, Silva e Carvalho, 2010).

Os autores supramencionados referem que a definição da pergunta de partida é uma fase crucial da revisão, fase determinante na inclusão dos estudos assim como, a definição dos participantes, as intervenções e os respetivos resultados em cada um dos estudos selecionados e teve por base o esquema PICO (Sackett et al., 1997 Cit. por Craig e Smyth, 2004). Assim, as questões de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa são: as parturientes, no segundo período do TP, que são incentivadas à MV apresentam: maior incidência de trauma no canal de parto, na musculatura do assoalho pélvico e no períneo, alterações na duração do período expulsivo?; Os recém-nascidos, cujas parturientes foram incentivadas à MV durante o período expulsivo, apresentam: um índice de APGAR mais baixo no primeiro minuto, maior incidência de hipoxia fetal e alterações na determinação do

equilíbrio ácido-base do cordão umbilical (determinação do valor do pH, PCO₂ e PO₂ da artéria umbilical)?

A estratégia de busca e a identificação da evidência existente foi realizada por meio de publicações em revistas científicas, bases de dados científicas na área da saúde, nomeadamente MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews e NICE através da plataforma EBSCOhost.

Os critérios de inclusão englobam artigos disponíveis em texto completo disponíveis para análise, de revisão de literatura ou ensaios clínicos, publicados em espanhol, inglês e português, entre 2000 e 2013, contendo nos seus títulos e/ou resumos os seguintes descritores da área da saúde: segundo período do TP ou período expulsivo, parto eutócico, esforço expulsivo, MV, puxo dirigido, resultados materno e neonatal, como trauma perineal, incontinência urinária, duração do período expulsivo, índice de Apgar, valores de pH arterial umbilical, sofrimento fetal. Os estudos que não atendessem aos critérios de inclusão supramencionados foram excluídos.

3.3. Resultados

Com base na estratégia de pesquisa anteriormente apresentada, foram identificados nas diferentes bases de dados cento e nove artigos, dos quais apenas oitenta eram integrais. Após a leitura dos títulos e a verificação de repetição, quarenta e dois artigos foram rejeitados. Dos trinta e oito, por não se tratarem de revisões sistemáticas, estudos randomizados ou *guidelines* foram rejeitados vinte e cinco artigos. Assim, apenas oito artigos estão incluídos nesta revisão integrativa da literatura por obedecerem aos critérios de inclusão, sendo que cinco são revisões sistemáticas da literatura, um deles com meta-análise, dois são estudos randomizados controlados e um estudo coorte. Os restantes são de *guidelines* que tiveram na base da fundamentação.

A tabela seguinte evidencia a realização de uma análise dos artigos acima selecionados, com a descrição do autor, ano, local, objetivos,

metodologia, características do estudo/resultados, implicações/conclusão e nível de evidência (NE).

O nível de evidência encontra-se representado por uma pirâmide hierarquicamente distribuída, sendo que o maior nível corresponde ao topo da mesma e é caracterizado pelo aumento da relevância das provas para o investigador. Segundo Craig e Smyth (2004), o nível I diz respeito às evidências provenientes de revisão sistemática com ou sem meta-análise, sendo que no nível II inclui ensaios aleatórios e os estudos de coorte representam nível de evidência III. Importa referir que *quando se procura evidência sobre a eficácia de intervenções, as revisões sistemáticas de ensaios aleatórios controlados conduzidos de forma adequada, ou de um ensaio aleatório conduzido adequadamente, proporciona a mais poderosa forma de evidência* (Craig e Smyth, 2004, p. 92-93).

Tabela 2: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa

Autor Ano Local	Publicação	Objetivos	Metodologia	Caraterísticas do Estudo/Resultados	Implicações/Conclusões	N. E.
1. Active versus expectant management of pushing durin g the expulsive phase. A review of scientific evidence						
Álvarez-Burón, E. Arnedillo-Sánchez, M. S. (2010) Sevilha	Matronas Profesión	Definir as evidências atuais sobre os benefícios da gestão ativa do puxo no 2º período do trabalho de parto em comparação com a conduta expectante.	Revisão Sistemática da Literatura Inclui 17 artigos, dos quais estudos randomizados e aleatórios	Os resultados obtidos indicam que o desempenho do puxo dirigido - MV reduz a duração do período expulsivo, em comparação com o puxo espontâneo. No entanto, a realização do puxo espontâneo é acompanhada por um aumento da pontuação de Apgar aos 1º e 5º min., e pelo aumento do pH da artéria umbilical e da PO2 fetal, bem como o aumento da satisfação materna. A prática de rotina do puxo dirigido pode ter efeitos prejudiciais sobre a integridade do pavimento pélvico, no que se relaciona com o aparecimento de incontinência urinária e fecal de três meses após o parto, que pode persistir durante anos. A descida fetal passiva não demonstrou ter qualquer efeito adverso sobre os resultados maternos e neonatais, pelo contrário, parece oferecer alguns benefícios: aumento da taxa de partos eutócicos, menor fadiga materna, menor trauma perineal, maior proteção do assoalho pélvico e menor taxa de incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos. Não foram observados efeitos negativos quando aplicado o puxo espontâneo. Embora o puxo dirigido pareça ser utilizado para encurtar o período expulsivo, não confere qualquer vantagem, uma vez que parece comprometer a oxigenação materno-fetal e a integridade do assoalho pélvico. Os puxos espontâneos	Deve-se favorecer a evolução do TP sempre que as condições materno-fetais assim o permitam. O puxo dirigido é uma prática obstétrica que afeta quase todas as mulheres em TP. Não sendo identificados benefícios materno-fetais para a sua execução, esta prática deve limitar-se a situações onde há necessidade de encurtar o período expulsivo ou as condições da FCF assim o indiquem. O mesmo se aplica ao puxo precoce, devendo esperar-se que a mulher se sinta vontade de puxar, facilitando, juntamente com o uso de posturas maternas, descida fetal passiva. Especialmente em casos de administração de analgesia epidural no início desta sensação tende a prolongar-se, minimizando efeitos indesejados sobre a evolução do parto, quando a mulher opta por esta analgesia. Importa prestar cuidados com base nos respeito pelos tempos de cada período do TP, evitando a rigidez, o que pode levar a uma maior taxa de partos eutócicos. Considerar-se que há necessidade de realizar de estudos mais relevantes que suportam a necessidade de adaptar e individualizar a analgesia epidural durante o TP na gestão da dor mas sem interferir na sensação de puxo.	I

				e livres são a melhor conduta.		
2. Just take a deep breath...a review to compare the effects of spontaneous versus directed Valsalva pushing in the second stage of labour on maternal and fetal wellbeing.						
Bosomworth, A. Bettany-Saltikov, J. (2006)	MIDIRS Midwifery Digest	Comparar os efeitos da manobra de Valsalva e o puxo espontâneo em termos de duração do SPTP; tipo de parto; trauma perineal; valor de índice de Apgar; pH arterial do cordão umbilical e frequência cardíaca fetal.	Revisão Sistemática da Literatura Dez estudos (três estudos randomizados controlados, cinco estudos não randomizados controlados, uma análise retrospectiva e um estudo controlado usando a replicação intra-sujeito), que incluíram primíparas ou múltiparas, com IG entre 37 e 42 semanas, gestação de um único feto em apresentação cefálica, sem complicações obstétricas e/ou patologias do foro médico, sem administração de analgesia epidural durante o TP.	Não foram encontrados benefícios ou riscos significativos no uso do puxo com MV, relativos à duração do período expulsivo, tipo de parto, valor de Índice de Apgar e pH arterial do cordão umbilical. O achado mais significativo desta revisão foi o seguinte, o puxo com MV está associado a danos perineais mais frequentes e mais severos do que o puxo espontâneo. Dada a fraca qualidade metodológica dos estudos, os resultados são inconclusivos.	Para mulheres sem administração de analgesia epidural durante o TP, que têm o reflexo de Ferguson presente, o puxo com manobra de Valsalva não deve ser encorajado. Há necessidade de estudos com alta qualidade metodológica. Enquanto estes não estão disponíveis, as parteiras devem encorajar as mulheres a seguir o seu instinto durante o período expulsivo.	I
3. When will we change practice and stop directing pushing in labour?						
Cooke, A. (2010) Reino Unido	British Journal of Midwifery	Determinar qual o método de puxo que constitui a melhor prática e o papel do EEESMO nos cuidados especializados.	Revisão Sistemática da Literatura Inclui 55 artigos, dos quais estudos randomizados inseridos nas bases de dados: Cochrane, CINAHL, BNI, Embase, Medline, Pubmed, Trip, OMni, NeLH e Psycinfo.	Em períodos expulsivos com duração superior a 3 horas, aumenta o risco de hemorragia pós-parto e corioamniotite; se superior a 4 horas há um aumento da morbilidade materna (trauma perineal extenso). As evidências científicas mais recentes indicam que a duração do período expulsivo não influencia a sua progressão. O puxo dirigido aumenta a probabilidade de trauma perineal, taxa de parto instrumentado, disfunção do assoalho pélvico a longo prazo, diminui a oxigenação materno-fetal, aumenta a fadiga materna, provoca alterações nos valores de pH do sangue do cordão umbilical e na concentração de lactato materno. Um puxo superior	O EEESMO enfrenta dificuldades em se abster de utilizar o puxo dirigido por reagir à aflição materna, deixando de incentivar o puxo espontâneo. O mesmo não deve dirigir o puxo, por causar prejuízo fetal, aumentando a probabilidade de parto instrumentado. Importa não serem impostos limites de tempo para o período expulsivo sob a condição de bem-estar materno-fetal e clara progressão fetal ao longo do canal de parto. Estratégias como a alternância de posição ou períodos de descanso são fundamentais como forma de incentivar a parturiente ao puxo espontâneo, ouvindo o seu corpo. A evidência sugere que o puxo espontâneo deve ser incentivado	I

				a 6 seg. resulta em desacelerações cardíacas fetais, hipoxia e acidose fetais bem como, aumento do volume sanguíneo cerebral fetal. O puxo espontâneo diminui a probabilidade de parto instrumentado, trauma perineal, episiotomia, por permitir a complacência dos tecidos; o RN apresenta melhores resultados, sendo que na fase passiva do período expulsivo o bem-estar fetal não é afetado, no entanto, na fase ativa do período expulsivo o bem-estar deteriora-se, pelo que, deve promover-se curtos períodos de puxo em benefício fetal.	melhorando os <i>resultados</i> maternos e fetais.	
4. A randomized controlled trial comparing the physiological and directed pushing on the duration of the second stage of labor, the mode of delivery and Apgar score.						
Jahdi, F. [et al.] (2011) Irão	International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health	Avaliar o efeito do puxo espontâneo e do puxo dirigido na duração do período expulsivo, tipo de parto e índice de Apgar.	Estudo Randomizado Controlado Participantes: 191 mulheres foram agrupadas no grupo de puxo espontâneo e no grupo do puxo dirigido.	A duração do período expulsivo foi inferior no grupo do puxo espontâneo, comparativamente com o grupo do puxo dirigido, sendo significativamente mais prolongado em primíparas. Não houve índice de Apgar inferior ou igual a 7 no 1º min. ; ao 5º min. todos os RN's apresentaram índice de Apgar entre 9 e 10, quando utilizado o puxo espontâneo, sendo que um deles resultou num parto distócico por cesariana. Já no grupo do puxo dirigido, houve 2 RN que apresentaram Apgar inferior a 7 no 1º min e 1 que apresentou índice de Apgar inferior ou igual a 8 no 5º min, sendo que dois destes resultaram em parto distócico por cesariana.	Não há dados suficientes para apoiar uma política puxo dirigido como prejudicial. O puxo espontâneo não se encontrou associado a nenhum efeito adverso pelo que houve manifestações de menor duração do período expulsivo, quando utilizada esta técnica. É um método seguro quer para a parturiente como para o RN. A AWHONN recomenda que as parturientes não comecem a puxar sem que sintam vontade de fazê-lo, sendo que devem puxar espontaneamente em resposta ao impulso involuntário para puxar.	II
5. The Valsalva maneuver duration during labor expulsive stage: repercussions on the maternal and neonatal birth condition.						
Lemos, A. Dean, E. Andrade, A. D. (2011)	Revista Brasileira de Fisioterapia	Avaliar os efeitos da MV e a sua duração no equilíbrio ácido-base fetal e nas repercussões maternas (necessidade de usar a	Estudo de coorte Uma amostra de conveniência constituída por 33 mulheres: primíparas e multiparas, com idades entre os 18 e os 35	A necessidade da realização da manobra de pressão no fundo uterino, a necessidade da realização de uma episiotomia e o grau de trauma perineal não foram associados com a	A duração da MV durante o período expulsivo interfere negativamente no equilíbrio ácido-base fetal e potencialmente no bem-estar do RN. Esses resultados fornecem suporte	III

Brasil		manobra de pressão do fundo uterino, episiotomia, trauma perineal e postura durante o parto) durante o período expulsivo após instrução respiratória padronizada.	anos, com IG entre 37 e 41 semanas, admitidas no hospital durante o 1º estágio do TP, gravidez de baixo risco, apresentação fetal cefálica, membranas intactas no início do TP e gestação única de feto vivo. Os obstetras não conheciam o objetivo do estudo. Critérios de exclusão: compressão do cordão umbilical, uso de fórceps e administração de analgesia durante o TP.	duração da MV. O aumento da duração da MV foi associado com a redução do pH venoso umbilical e excesso de base e com o excesso de base arterial. O tempo do período expulsivo do parto foi negativamente associado com o pH venoso e arterial.	para a necessidade dos profissionais de saúde considerarem estratégias de orientações respiratórias para o puxo durante o TP para minimizar potenciais riscos materno-fetais.	
6. Effect of Valsalva manoeuvre on maternal and fetal wellbeing						
Martin, C. J. (2009) Reino Unido	British Journal of Midwifery	Identificar os efeitos da MV no bem-estar materno e fetal.	Revisão Sistemática da Literatura Inclui 16 estudos com a resposta à questão: <i>Quais os efeitos da Manobra de Valsalva - puxo direcionado e dirigido - no bem-estar materno e fetal?</i>	Ao nível do bem-estar fetal, a MV produz uma diminuição significativa da oxigenação cerebral fetal, aumento da acidose fetal (por diminuição do pH) e das concentrações de lactato fetais; no bem-estar materno, a MV e precoce é desencorajada para evitar o aumento da concentração materna de lactato e diminuir a ansiedade e <i>stress</i> maternos. O incentivo à MV advém da necessidade de encurtar o tempo entre a dilatação completa e o nascimento por sofrimento fetal, cansaço, medo e dor. Um dos estudos evidência menor duração do período expulsivo quando utilizada MV não associada à vontade de puxar. As parturientes que utilizam o puxo espontâneo são mais propensas a períneos intactos, menos taxas de episiotomias e menor incidência de lacerações de 2º e 3º grau. A integridade do períneo é preservada quando se utiliza puxo espontâneo.	Deve haver um acompanhamento e tempo de espera pelo instinto e espontaneidade do período expulsivo, desde que asseguradas as condições materno-fetais, numa abordagem flexível. Na fase inicial do período expulsivo, se a mulher não sentir necessidade de puxar, não deve ser incentivada a fazê-lo. O puxo tardio deve ser incentivado, mesmo em mulheres com analgesia epidural, associado a posicionamentos verticais que favoreçam a descida da apresentação, no sentido de diminuir a incidência de partos instrumentalizados.	I
7. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomized trials.						
Prins M., [et al.]	International Journal of	Avaliar os benefícios e os danos associados ao puxo	Revisão Sistemática da Literatura com Meta-Análise	Quando utilizada a MV, evidenciou-se menor duração do segundo período do	As evidências presentes neste estudo não suportam o uso rotineiro da MV no	I

(2011) Amsterdão, Holanda	Obstetrics and Gynecology	espontâneo e MV no segundo período do TP para a mulher e para o RN, em mulheres sem gravidez de risco ou complicações.	Inclui três estudos randomizados controlados, com uma amostra total de 425 nulíparas, sem analgesia epidural.	TP, e aumento do número de partos instrumentalizados. Os fatores urodinâmicos avaliados três meses após o parto foram afetados negativamente pela MV, manifestando- se efeitos negativos ao nível da função do assoalho pélvico no pós-parto. A revisão efetuada pelos autores não suporta o uso da MV em mulheres sem epidural. Na opinião dos autores, a MV precisa de uma melhor fundamentação para ser ou não utilizada. Não houve diferenças significativas no que respeita à necessidade de reanimação neonatal, o mesmo se aplica à taxa de admissão em unidades de cuidados intensivos neonatais.	período expulsivo. Um dos estudos refere que o puxo dirigido interfere negativamente nos fatores urodinâmicos. Apesar da MV estar associada a períodos expulsivos mais curtos, a sua relevância clínica ainda é incerta. Os autores referem que a melhor prática visa a promoção do puxo espontâneo e a liberdade da mulher na decisão sobre o tipo de puxo nesta fase do TP, sendo que o profissional pode fornecer orientação e assistência nos esforços expulsivos maternos quando há necessidade de encurtar o tempo do período expulsivo.	
8. Effect of pushing techniques in birth on mother and fetus: a Randomized Study						
Yildirim, G. Beji, N. K. (2008) Turquia	Journal Birth	Determinar os efeitos das técnicas de puxo sobre a parturiente e o feto.	Estudo Randomizado Controlado Participantes: 100 primíparas entre as 38 e as 42 semanas de gestação, em dois grupos: Puxo precoce (dirigido com glote fechada) e puxo tardio (espontâneo com glote aberta).	A duração do período expulsivo foi mais longa no grupo do puxo dirigido, o que contraria a revisão realizada. Não houve diferenças em relação à incidência de episiotomias entre os grupos, porém o grupo do puxo dirigido manifestou episiotomias mais extensas. Em relação à hemorragia pós-parto, no grupo do puxo espontâneo 50% era pequena e 48% moderada, sendo que no grupo do puxo dirigido 40% era pequena e 58% era moderada. No grupo de mulheres que utilizou o puxo espontâneo, os RN's nasceram com melhores índices de Apgar e maiores níveis de pH da artéria umbilical e níveis de PO2.	Deve educar-se as mulheres sobre o puxo espontâneo na primeira fase do TP, resultando num período expulsivo mais curto, menos intervencionista e com melhores resultados para o RN. O grupo de parturiente que utilizou o puxo espontâneo manifestou maior nível de satisfação, sentindo que puxavam eficazmente, quando comparado com o grupo do puxo dirigido. As mesmas relataram menos dificuldade em lidar com a dor, menor dificuldade em respirar e menor índice de desconforto ao puxar.	II

N.E. - Níveis de Evidência: I - Revisões sistemáticas - com ou sem meta-análise; II - Ensaios aleatórios; III - Estudos coorte; IV - Estudos de caso controlados; V - Série de casos; VI - Estudos de caso ou opinião (Craig e Smyth, 2004).

3.4. Discussão

Para a elaboração da revisão integrativa foram implementadas duas questões de pesquisa, acima referidas. Após a apresentação dos resultados da pesquisa segue-se a interpretação, discussão, interpretação e síntese dos mesmos.

Trauma do Canal de Parto, Musculatura do Assoalho Pélvico e Períneo

Segundo Araújo e Oliveira (2008), a grande maioria dos partos vaginais são acompanhados de trauma perineal com origem em lacerações e/ou episiotomia, principalmente em primíparas. Kettle e Tohill (2008) afirmam que este tipo de trauma abrange mais de 85% das mulheres.

O trauma perineal define-se como qualquer dano nos órgãos genitais que ocorre durante o parto, de forma espontânea, ou de forma intencional, através de uma incisão cirúrgica (episiotomia), o que envolve o canal de parto e períneo. Este pode ser classificado como anterior ou posterior. O primeiro inclui lesões dos pequenos e grandes lábios, parede anterior da vagina, uretra ou clítoris e normalmente está associado a baixa morbidade. O segundo define-se como qualquer lesão na parede posterior da vagina, músculos perineais ou esfíncteres anais (Fernando et al. 2007 Cit. por Kettle e Tohill, 2008).

As lacerações perineais espontâneas são classificadas como: primeiro grau, as que envolvem apenas a pele; segundo grau envolvendo a pele e os músculos perineais; terceiro grau, quando o complexo do esfíncter anal é afetado e, quarto grau, quando as lacerações se estendem ao complexo do esfíncter anal e do epitélio anal.

O trauma perineal afeta o bem-estar das mulheres a nível físico, psicológico e social, no pós-parto imediato e a longo prazo (McCandlish et al., 1998 Cit. por Kettle e Tohill, 2008), sendo que 10% das mulheres continuam a ter dor perineal a longo prazo, 25% terão problemas de

dispareunia ou de incontinência urinária, e cerca de 10% reporta problemas de incontinência fecal, o que depende do grau do trauma e da eficácia do tratamento. Outros problemas como a hemorragia associados à formação de hematomas perineais, a infecção, a deiscência da sutura e a reconstrução anatômica pouco satisfatória, estão associados ao trauma perineal decorrente do parto (Graça, 2010, Kettle e Tohill, 2008). Considera-se que estas complicações advêm do trauma perineal. Tendo em consideração que a MV é a prática mais comumente incentivada durante este processo, surge a necessidade de explorar e aprofundar as reais implicações da aplicação da mesma já desencorajada pela OMS, nas recomendações de assistência ao parto normal.

Martin (2009) refere que o puxo dirigido e precoce deve ser evitado, no sentido de prevenir o aumento de concentração de lactato e para diminuir a ansiedade e o *stress* maternos. No entanto, este autor justifica esta prática como eficaz quando o sofrimento materno, a fadiga, o medo e a dor estão presentes e refere também que as parturientes que são orientadas para o puxo espontâneo são mais propensas a períneos intactos, a episiotomias ou lacerações de segundo e terceiro grau menos extensas, evidenciando-se uma diminuição da probabilidade de parto instrumentado.

O estudo de Jahdi et al. (2011), não avaliou a incidência de trauma perineal associado à MV, no entanto, na revisão sistemática de Prins et al. (2011) e no estudo de Yildirim e Beji (2008) não houve associações significativas entre a taxa de episiotomias e lacerações perineais com a MV, o que não permite tirar conclusões sobre este parâmetro.

A MV parece afetar significativamente os índices de urodinâmica associados ao aumento da hiperatividade do detrusor com disfunção do assoalho pélvico a longo prazo, conduzindo a situações de incontinência urinária de esforço (Prins, et al., 2011). No estudo de Prins, et al. (2011), os fatores urodinâmicos avaliados aos três meses após o parto foram afetados negativamente pela MV, em que a primeira micção e dejeção, bem como a capacidade vesical foram reduzidas com efeitos negativos na função do assoalho pélvico.

A MV influencia negativamente a probabilidade de trauma perineal, diminui a oxigenação materna, aumentando a fadiga materna e, aumenta a

taxa de parto instrumentado. Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez (2010), Bosomworth e Bettany-Saltikov (2006), Cooke (2010), Prins, et al. (2011) e Yildirim e Beji (2008) referem que os puxos precoces, quando a dilatação está completa mas a mulher não sente vontade de realizar esforços expulsivos aumentam a incidência de lacerações perineais. Porém, quando realizados puxos espontâneos, vários estudos realçam a vantagem de haver maior probabilidade de preservação da integridade do períneo (Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez, 2010, Bosomworth e Bettany-Saltikov, 2006, Cooke, 2010, Prins, et al., 2011, Yildirim e Beji, 2008).

A MV está associada à fraca preservação da musculatura perineal. É acompanhada pela tensão dos músculos do assoalho pélvico e interfere na rotação e na progressão da apresentação fetal. Porém, o puxo espontâneo apresenta menos sobrecarga na parede vaginal anterior e uma proteção nos ligamentos cervicais ou no tecido conectivo que suporta as paredes vaginais, não tendo a capacidade de tencioná-los, uma vez que o seu início ocorre com uma apresentação fetal num plano mais baixo. A lenta distensão na musculatura do períneo repercute-se em menos trauma do mesmo. Quando a musculatura perineal é submetida a um forte e súbito alongamento desencadeia-se um reflexo de estiramento com consequente contração reflexa da musculatura, impedindo o seu relaxamento. Aumentando a pressão na cavidade abdominal, ocorre uma resposta sinérgica de contração perineal, como acontece na MV, pelo que a progressão rápida do feto não permitirá uma flexibilidade da musculatura, predispondo-a a trauma (Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez, 2010, Bosomworth e Bettany-Saltikov, 2006, Cooke, 2010, Leeman, et al., 2009, Prins, et al., 2011, Yildirim e Beji, 2008).

Segundo Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez (2011) e Martin (2009) a descida fetal passiva parece oferecer benefícios no que concerne ao aumento da taxa de partos eutócicos, menor fadiga materna e trauma perineal, maior proteção do assoalho pélvico e menor incidência de incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos. Os mesmos estudos indicam que a MV não confere qualquer vantagem, uma vez que parece comprometer a integridade do assoalho pélvico. Assim, a progressão passiva do feto no canal de parto, que ocorre mais eficazmente com o puxo

espontâneo, permite gerir o tempo para o aumento da complacência dos tecidos, aumentando a propensão a períneos íntegros (Hansen, Clark e Foster, 2002, Martin, 2009).

Desenvolvimento e Duração do Período Expulsivo

Quanto se aborda a duração do período expulsivo do TP, considera-se além do tempo decorrido desde a dilatação completa, o tempo gasto com o puxo ativo de acordo com a condição materno-fetal. Não existem boas evidências para justificar os limites do tempo desta fase do TP (Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez, 2010, Prins, et al., 2011).

No estudo realizado por Yildirim e Beji (2008), a duração média do período expulsivo quando aplicada a MV é mais longa. O mesmo foi evidente no estudo realizado por Jahdi et al. (2011) em que, quer em primíparas quer em múltiparas, a duração do período expulsivo com MV foi significativamente maior. Todavia, na revisão sistemática da literatura de Martin (2009), a maioria dos seus estudos evidenciam que não existe diferença significativa quanto à duração do mesmo.

Na revisão sistemática da literatura de Prins et al. (2011), mulheres que utilizam a MV tiveram um período expulsivo mais curto, no entanto, a sua relevância clínica ainda é incerta.

Segundo Cooke (2010), que realizou uma revisão sistemática da literatura na qual incluiu cinquenta e cinco estudos randomizados, as evidências científicas mais recentes indicam que a duração do período expulsivo não influencia a sua progressão. Embora a duração do período expulsivo não se associe diretamente com problemas neonatais, se a duração for superior a três horas aumenta o risco de hemorragia pós-parto e de corioamniotite, por outro lado, um período expulsivo superior a 4 horas há um aumento da morbilidade materna, o que inclui trauma perineal extenso. Segundo o mesmo autor, importa não serem impostos limites de tempo para o período expulsivo sob a condição de bem-estar materno-fetal e clara progressão fetal ao longo do canal de parto.

De acordo com as *guidelines* da FIGO (2012), o puxo ativo deve ser incentivado quando a dilatação está completa e a mulher sente a necessidade de o fazer, aquando de uma contração, com confirmação da condição fetal e encravamento da apresentação adequado, em qualquer posição, exceto na posição de decúbito dorsal, pelo risco de compressão da veia cava e consequente diminuição da perfusão uteroplacentária. As mesmas *guidelines* referem que a duração do período expulsivo não deve ser superior a duas horas em primíparas e não superior a uma hora em múltiparas, aumentando o risco de asfixia neonatal e infeção materna.

Um dos aspetos a ter em consideração é a influência da analgesia por via epidural sobre os puxos. Sendo uma técnica frequentemente usada para o alívio da dor de TP (Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez, 2011) tem repercussões maternas e fetais. O mal posicionamento fetal, o maior uso de ocitocina e no número de partos instrumentados são as repercussões mais frequentemente descritas na literatura. Em situações em que a mulher apresenta perda sensorial total devido ao bloqueio motor provocado pela analgesia epidural, o reflexo de Ferguson não está presente, o que está também associado a períodos expulsivos mais prolongados (Cheng, Hopkins e Caughey, 2004).

No sentido de encurtar o tempo do período expulsivo, as mulheres realizam os puxos com MV mais fortes e prolongados. Estudos demonstram que deve ser dado à mulher um tempo que lhe permita descansar, sem que realize qualquer esforço, até se evidenciar a progressão fetal ao longo do canal de parto (fase passiva ou de descida) ou que este seja visível no períneo. Assim, a orientação para o puxo materno deve ser iniciada na fase expulsiva do período expulsivo (Fraser, et al., 2000, Hansen, Clark e Foster, 2002, Minato, 2000, Roberts e Hanson, 2007, Roberts, 2002). Segundo Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez (2011), há necessidade de realizar estudos mais relevantes que suportem a necessidade de adaptar e individualizar a analgesia por via epidural durante o TP na gestão da dor mas sem interferir na sensação de puxo e duração do período expulsivo.

Outras investigações serão necessárias, no sentido de conhecer qual a perceção dos profissionais de saúde sobre as diferentes técnicas de puxo materno, pela utilização de estudos qualitativos.

O Índice de Apgar é utilizado para avaliar a vitalidade do RN. Varia entre os valores de zero e dez, com base na avaliação de cinco parâmetros objetivos: a frequência cardíaca, a respiração, a irritabilidade reflexa, o tônus muscular e a coloração (Graça, 2010). Este corresponde à condição do RN e da necessidade de reanimação, sendo útil na avaliação imediata da adaptação à vida extrauterina, no primeiro, no quinto e no décimo minuto após o nascimento, segundo Lowdermilk e Perry (2008). Na presente revisão integrativa apenas serão considerados o primeiro e quinto minutos do índice de Apgar.

Nas revisões sistemáticas da literatura realizadas por Prins et al. (2011) e Bosomworth e Bettany-Saltikov (2006), não houve diferenças significativas nos valores de Índice de Apgar nos RN's, filhos de mulheres que utilizaram a MV ou puxo espontâneo durante os esforços expulsivos. Todavia, Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez (2011) referem que a realização do puxo espontâneo é acompanhada por um aumento da pontuação de Apgar ao primeiro e quinto minutos. O mesmo revela o estudo de Yildirim e Beji (2008) que teve como resultados valores de Apgar mais elevados ao primeiro minuto, sem diferenças significativas correspondentes ao quinto minuto. Jahdi et al. (2011) obtiveram como resultados para o puxo com MV, grupo composto por 91 mulheres, um RN com valores de índice de Apgar no primeiro minuto inferior a sete e outro com valor de índice de Apgar ao quinto minuto igual ou inferior a oito, resultando em parto distócico por cesariana.

Tendencialmente os RN's, filhos de mulheres que realizaram puxo espontâneo durante o período expulsivo, apresentaram valores de Índice de Apgar mais elevados, nomeadamente no primeiro minuto. No entanto, não existe evidência científica que identifique o puxo com MV como indutor de um maior número de complicações neonatais (Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez, 2011, Jahdi et al., 2011, Yildirim e Beji, 2008).

Hipóxia Fetal e Determinação do Equilíbrio Ácido-base do Cordão Umbilical

A acidose metabólica detetada através da amostra de sangue arterial obtida do cordão umbilical, imediatamente após o parto, e definida como pH inferior a sete e déficit de base superior ou igual a doze mmol/L é um dos critérios para identificar um evento de hipoxia aguda durante o parto, suficiente para provocar paralisia cerebral (American Academy of Pediatrics e o American College of Obstetricians and Gynecologists, 2006). Segundo Lowdermilk e Perry (2008), a determinação do equilíbrio ácido-base, através da análise do sangue do cordão umbilical (determinação do pH, PCO₂ e PO₂ da artéria umbilical), em conjunto com a avaliação do Índice de Apgar permite avaliar a condição do RN logo após o nascimento. A determinação do pH e gases na artéria umbilical constitui um dos indicadores mais fiáveis na determinação da existência de asfixia perinatal, como resultado de uma redução das trocas gasosas uteroplacentárias (Graça, 2010).

Uma das implicações do puxo com MV ao nível do bem-estar fetal revela-se na diminuição significativa da oxigenação cerebral fetal, aumento da acidose fetal por diminuição do pH do sangue do cordão umbilical, aumento das concentrações de lactado fetais. Vários estudos indicam que um período de descanso entre a dilatação completa e a vontade evidente de realizar esforços expulsivos manifestados pela mulher induz a condições fetais mais favoráveis, como menos desacelerações cardíacas fetais (Bosomworth e Bettany-Saltikov, 2006, Cooke, 2010, Martin, 2009). Segundo Cooke (2010), um puxo com uma duração superior a seis segundos resulta em desacelerações fetais, em hipoxia e acidose e aumento do volume sanguíneo cerebral fetal, como acontece no puxo com MV devido às suas características anteriormente descritas.

Nas revisões sistemáticas de Prins et al. (2011) e de Bosomworth e Bettany-Saltikov (2006) não houve diferenças significativas em termos de pH arterial umbilical quando utilizados MV ou puxo espontâneo. Contrariamente, no estudo randomizado realizado por Yildirim e Beji (2008), os RN's do grupo representante do puxo espontâneo obtiveram valores mais elevados de pH arterial umbilical. De acordo com Lemos, Dean e Andrade (2011), a MV associada a um puxo com duração superior a seis

segundos está relacionada com a redução do pH venoso umbilical. Embora ambos os estudos evidenciem que a MV está negativamente associada à redução dos valores de pH umbilical, não existe evidência científica suficiente para indiciar esta prática como representante de um maior número de complicações para o RN (Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez, 2011).

3.5. Conclusão da Revisão Integrativa

A revisão integrativa revela que as implicações da MV nas parturientes, de acordo com as revisões sistemáticas da literatura de Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez, 2010, Bosomworth e Bettany-Saltikov, 2006, Cooke, 2010 provoca danos perineais frequentes e com grau de gravidade aumentados com maiores repercussões no pós-parto, como o aparecimento de incontinência urinária de esforço e fecal (Prins et al. 2011). A mesma prática associa-se a valores de Índice de Apgar mais baixos, nomeadamente no primeiro minuto, sendo que nos estudos Yildirim e Beji (2008) e Lemos, Dean e Andrade (2011), foi negativamente associada ao pH arterial umbilical.

Assim, como forma de aumentar a incidência de partos eutócicos e melhorar os resultados maternos e fetais foram consultadas *guidelines* como base para fundamentação. As mesmas recomendam que a intervenção do EEESMO no período expulsivo deve ser: incentivar e aconselhar o esforço expulsivo materno de forma espontânea e não imediatamente após a dilatação completa, ajudando a parturiente a escutar o seu corpo. Este ensino pode ser realizado durante a primeira fase do TP, indo ao encontro das conclusões dos estudos selecionados (FIGO, 2012, NICE, 2007).

A MV, como puxo dirigido ou direcionado, caracterizada por inspirações profundas com sustentação da respiração durante mais de seis segundos, precocemente, isto é logo após a dilatação estar completa e com

a glote fechada tem efeitos negativos no bem-estar fetal e materno, consequentes repercussões na incidência de trauma do canal de parto, musculatura do assoalho pélvico e períneo, na duração do período expulsivo, no pH do cordão umbilical, índice de Apgar, fadiga, dor e sofrimento materno.

No âmbito do Estágio: Gravidez, Trabalho de parto e Pós-parto, a população de parturientes com as quais foi possível contatar foi majoritariamente, constituída por mulheres que optaram pela analgesia por via epidural como método farmacológico de alívio da dor, sendo que a MV é frequentemente instruída como método de puxo materno, no sentido de encurtar o período expulsivo por baixas condições fetais, o que por vezes resulta em trauma perineal descontrolado, fadiga e sofrimento materno.

Assim, há necessidade de realizar estudos mais relevantes que suportem a necessidade de adaptar e individualizar a analgesia epidural durante o TP na gestão da dor mas sem interferir na sensação de puxo e duração do período expulsivo, isto é, investigar os efeitos deste tipo de analgesia sobre o reflexo de Ferguson. O puxo espontâneo, como técnica que pressupõe que a mulher puxe quando sente vontade de o fazer dependente do grau de bloqueio motor produzido pela analgesia epidural em que o reflexo de Ferguson pode não estar presente (Cheng, Hopkins e Caughey, 2004). Portanto, há necessidade de mais estudos que evidenciem os resultados maternos e fetais de acordo com o tipo de puxo materno em mulheres que optam pela analgesia epidural. Enquanto estes não estão disponíveis, o EEESMO deve encorajar as mulheres a seguir o seu instinto durante o período expulsivo (Bosomworth e Bettany-Saltikov, 2006).

Enquanto profissional habilitado para cuidar da mulher durante a Gravidez, TP e Pós-Parto, o EEESMO tem como responsabilidade a educação da mulher para a adoção de práticas que melhor traduzem o bem-estar materno-fetal desde a concepção até ao nascimento, de acordo com as evidências científicas mais recentes.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

A Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho transporta para direito interno pela Lei n.º9/2009 de 4 de março foi o ponto de partida na aquisição e desenvolvimento de competências específicas e, por sua vez o cumprimento das condições necessárias à obtenção do título do enfermeiro especialista e atribuição do grau de mestre em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Assim, tendo em conta as condições descritas no presente documento considera-se que as competências necessárias à prestação de cuidados especializados no âmbito da gravidez, TP e pós-parto foram atingidas.

Além da aquisição e desenvolvimento de competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, este estágio visou o cumprimento do número de experiências proferidas pela diretiva supramencionada.

No conjunto dos factos descritos ao longo do presente documento, as figuras seguintes ilustram o número de mulheres grávidas (normais/risco) vigiadas, o número de puérperas e RN alvo de vigilância e prestação de cuidados especializados (figura 1). A figura 3, onde se evidencia o número de partos eutócicos (com ou sem episiotomia) realizados e partos distócicos participados, concomitantemente com a reflexão das atividades desenvolvidas no Bloco de Partos permitem afirmar que as competências exigidas e necessárias foram atingidas.

Figura 1 - Número de grávidas alvo de cuidados e vigilância.

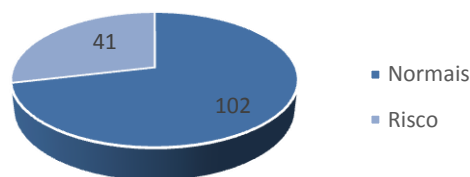


Figura 2 - Número de puérperas e recém-nascidos alvo de cuidados e vigilância.

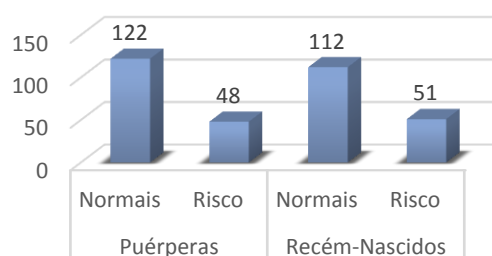
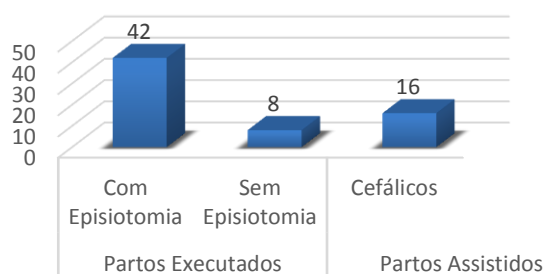


Figura 3 - Número de partos realizados e participados.



A análise do percurso do estágio profissionalizante e reflexão sobre as experiências e as atividades realizadas permitiu inferir que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, TP, parto e pós parto, foi realizado sistematicamente. Este foi perspectivado numa prática baseada em evidências científicas e orientado para a promoção da saúde da mulher, família e RN.

CONCLUSÃO

No presente relatório de estágio encontra-se descrito o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO, desenvolvido ao longo do Estágio - Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-parto, recorrendo à descrição das principais atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Durante a elaboração do presente relatório foram realizadas distintas reflexões sobre as várias realidades e práticas desenvolvidas, por sua vez, motivadoras de mudanças construtivas, dando ênfase aos momentos potencializadores da aprendizagem e do desenvolvimento pessoal e profissional. Claro está que o ato de refletir sobre as práticas desenvolvidas, com a procura constante de informação atualizada sobre os diversos temas, permitiu a construção e desenvolvimento do pensamento crítico para a tomada de decisão face às exigências na conceção de cuidados à mulher e à família.

O processo de aquisição de competências foi complexo sendo que a recontextualização e mobilização de saberes de suporte à prática clínica baseada em evidências científicas, tornou-se essencial para o seu sucesso. Considerou-se que a metodologia adotada foi a mais adequada e pertinente pois, os resultados permitiram o cumprimento dos objetivos inicialmente propostos e a prestação de cuidados de qualidade à grávida e à família inseridas na comunidade, com ou sem complicações, durante o processo de parto e no pós-parto, de acordo com as reais necessidades em cuidados especializados.

No sentido de integrar os conhecimentos teóricos de investigação em enfermagem foi problematizada uma temática de interesse, a MV como uma técnica utilizada para orientar o puxo materno. Esta prática foi estudada através da realização de uma revisão integrativa da literatura com o principal objetivo: compreender quais os fundamentos de incentivo da MV ou que, por sua vez, inviabilizam esta prática, na busca de implicações maternas e fetais no período expulsivo do parto. Assim, a revisão integrativa da literatura visou a mobilização de saberes de suporte à prática clínica e à integração de conhecimentos para a melhoria dos cuidados, baseando-se em evidências científicas.

A revisão integrativa da literatura permitiu compreender que a MV, como puxo dirigido ou direcionado, caracterizada por inspirações profundas com sustentação da respiração durante mais de seis segundos, precoce - com a dilatação completa, e com a glote fechada, tem efeitos negativos no bem-estar fetal e materno, e consequentes repercussões na incidência de trauma do canal de parto, musculatura do assoalho pélvico e períneo, na duração do período expulsivo, no pH do cordão umbilical, índice de Apgar, fadiga, dor e sofrimento materno.

Ao longo da realização desta componente investigativa verificou-se que há necessidade de mais estudos que evidenciem os resultados maternos e fetais de acordo com a técnica de puxo materno em mulheres que optam pela analgesia epidural, bem como a realização de estudos qualitativos sobre as opiniões e experiências dos profissionais de saúde quanto aos diferentes tipos de puxo materno.

Em suma, os objetivos centrais foram alcançados, assim como adquiridas e desenvolvidas competências, habilidades, aptidões, conhecimentos no âmbito da Saúde Materna e Obstetrícia, expondo-se atividades, experiências e condutas executadas ao longo do estágio de cariz profissional em resposta ao regulamento de competências do EEESMO. Por outro lado, a revisão integrativa da literatura foi um meio para compreender a importância da investigação em enfermagem para a prática baseada em evidências científicas atuais e pertinentes à prestação de cuidados especializados e para a melhoria da conceção de cuidados à mulher e à família neste contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABE, T.[et al.] - Differential respiratory activity of four abdominal muscles in humans. *J Appl Physiol*. Vol. 80. n.º 4 (1996). p. 1379-89. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/>>.

ÁLVAREZ-BURÓN, E; ; ARNEDILLO-SÁNCHEZ, M. S. - Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo. Revisión de la evidencia científica. *Matronas Profesión*. Vol. 11. n.º 2 (2010). p. 64-8.

APEO; FAME - Plano de Nascimento. (2008).

ARAÚJO, N. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V. - Uso de vaselina líquida na prevenção de laceração perineal durante o parto. *Revista Latino-am Enfermagem*. Vol. 16. n.º 3 (2008).

BALASKAS, J. - Parto Ativo: Guia Prático Para o Parto Natural. 2. São Paulo: 2008.

BOSOMWORTH, A.; BETTANY-SALTIKOV, J. A. - Just take a deep breath... A review to compare the effects of spontaneous versus directed Valsalva pushing in the second stage of labour on maternal and fetal wellbeing. *Midwifery Digest*. Vol. 16. n.º 2 (2006). p. 157-166.

BRAMHAM, K.[et al.] - Association of proteinuria threshold in pre-eclampsia with maternal and perinatal outcomes: a nested case control cohort of high risk women. *PLoS One*. Vol. 8. n.º 10 (2013). p. e76083. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0076083>>.

BRUGGEMANN, O. M. ; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. - [Evidence on support during labor and delivery: a literature review]. *Cad Saude Publica*. Vol. 21. n.º 5 (Conselho). p. 1316-27. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org//S0102-311x2005000500003>>.

BUCHANAN, S. L.[et al.] - Trends and morbidity associated with oxytocin use in labour in nulliparas at term. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. Vol. 52. n.º 2 (2012). p. 173-8. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-828X.2011.01403.x>>.

BUHIMSCHI, C. S.[et al.] - Pushing in labor: performance and not endurance. *Am J Obstet Gynecol*. Vol. 186. n.º 6 (2002). p. 1339-44. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/>>.

CALAIS-GERMAIN, B.; PARÉS, N. V. - Parir en movimiento: Las movilidades de la pelvis en el parto. Barcelona: 2010.

CAMPOS, D. A. ; MONTENEGRO, N. ; RODRIGUES, T. - Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 2ª edição. Porto: 2008.

CARVALHO, C. C. M. ; SOUZA, A. S. R.; FILHO, O. B. M. - Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *FEMINA*. Vol. 38. n.º 5 (2010). p. 265-270.

CARVALHO, C. C. M. ; SOUZA, A. S. R.; FILHO, O. B. M. - Prevalence and factors associated with practice of episiotomy at a maternity school in Recife, Pernambuco, Brazil. *Rev. Assoc. Med. Bras*. Vol. 56. n.º 3 (2010). p. 333-339.

CEPÊDA, T ; BRITO, I; HEITOR, M.J - Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância - Manual de orientação para profissionais de saúde. (Conselho). p. 46.

CHENG, Y.W ; HOPKINS, L.M.; CAUGHEY, A.B. - How long is too long: Does a prolonged second stage of labour in nulliparous women effect maternal and neonatal outcomes? *Journal Obs Gynecology*. Vol. 191. n.º 3 (2004). p. 933-

CLARK, S. L.[et al.] - Oxytocin: new perspectives on an old drug. *Am J Obstet Gynecol*. Vol. 200. n.º 1 (2009). p. 35.e1-6. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2008.06.010>>.

CLODE, N. ; GRAÇA, L. M.; JORGE, C. C. - Normas de Atuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Santa Maria. 2ª edição. Porto: 2012.

COOKE, A. - When will we change practice and stop directing pushing in labour? *British Journal of Midwifery*. Vol. 18. n.º 2 (2010).

COUTINHO, E. C. - A experiência de ser cuidada na sala de partos. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. (2010).

CRAIG, J. V.; SMYTH, R. L. - Prática baseada em evidência: manual para enfermeiros. Loures: 2004.

CUNHA, A. A. - Indução do trabalho de parto com feto vivo. *Feminina*. Vol. 38. n.º 9 (2010).

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, DGS - Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância - Manual de orientação para profissionais de saúde. (Conselho). p. 46

DORES, J.[et al.] - Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez Direção Geral de Saúde, 2011.

DUHAN, N.[et al.] - Meconium Staining of Amniotic Fluid - a Poor indicator of Fetal Compromise. *JK Science*. Vol. 12. n.º 8 (2010).

FRASER, W. D.[et al.] - Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. The PEOPLE (Pushing Early or Pushing Late with Epidural) Study Group. *Am J Obstet Gynecol*. Vol. 182. n.º 5 (2000). p. 1165-72. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/>>.

GAROFALO, M.; ABENHAIM, H. A. - Early versus delayed cord clamping in term and preterm births: a review. *J Obstet Gynaecol Can*. Vol. 34. n.º 6 (2012). p. 525-31. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/>>.

GAU, M. L.[et al.] - Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery*. Vol. 27. n.º 6 (2011). p. e293-300. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.02.004>>.

GAYESKI, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M. - Non-pharmacological approach to pain relief during labor as hard-light care technology: a systematic review. *Texto contexto - enferm.* Vol. 19. n.º 4 (2010). p. 774-782.

GILLESBY, E.[et al.] - Comparison of delayed versus immediate pushing during second stage of labor for nulliparous women with epidural anesthesia. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* Vol. 39. n.º 6 (2010). p. 635-44. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01195.x>>.

GRAÇA, L.M. - Medicina Materno-Fetal. 4ª edição. Lisboa: 2010.

HAJARE, V. ; MADHAVI , L.; SINGH, H. - Antibioqram of Group B Streptococci Isolated from the Vagina of Pregnant Women in Third Trimester of Pregnancy. *People's Journal of Scientific Research.* Vol. 5. n.º 2 (2012).

HANSEN, S. L. ; CLARK, S. L.; FOSTER, J. C. - Active pushing versus passive fetal descent in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* Vol. 99. n.º 1 (2002). p. 29-34. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/>>.

HODNETT, E. D.[et al.] - Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* Vol. 7. (2013). p. Cd003766. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>>.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. - Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Elsevier 8ª Edição. 2011.

ICN - International Classification for Nursing Practice (Icn). Versão 2.0. 2011.

KETTLE, C.; TOHILL, S. - Perineal care. *Clin Evid (Online).* Vol. 2008. (2008). Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/>>.

LAI, M. L.[et al.] - Effects of delayed pushing during the second stage of labor on postpartum fatigue and birth outcomes in nulliparous women. *J Nurs Res.* Vol. 17. n.º 1 (2009). p. 62-72. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181999e78>>.

LAWRENCE, A.[et al.] - Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* Vol. 10. (2013). p. Cd003934.

Disponível em WWW:
<<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>>.

LEAL, I. - Psicologia da Gravidez e da Parentalidade Lisboa: 2005.

LEEMAN, L.[et al.] - Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labor care, and birth variables. Birth. United States: 2009. Disponível em WWW:
<<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00355.x>>.Cap.

LEICHTENTRITT, R. D.[et al.] - High-risk pregnancy and hospitalization: the women's voices. *Health Soc Work*. Vol. 30. n.º 1 (Conselho). p. 39-47.

LEMOS, A. ; DEAN, E.; ANDRADE, A. D. - The Valsalva maneuver duration during labor expulsive stage: repercussions on the maternal and neonatal birth condition. *Rev Bras Fisioter*. Vol. 15. n.º 1 (2011). p. 66-72. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/>>.

LOWDERMILK, D.; PERRY, S. - Enfermagem na Maternidade. Loures: 2008.

MARTIN, C. J. - Effects of Valsalva manoeuvre on maternal and fetal wellbeing. . *British Journal Of Midwifery*. Vol. 17. n.º 5 (2009).

MCDONALD, G. - Diagnosing the latent phase of labour: use the partograma. *British Journal of Midwifery* Vol. 18. n.º 10 (2010).

MENDES, K. D. S. ; SILVEIRA, R. C. C.; GALVÃO, C. M. - Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. Vol. 17. n.º nº.4 (2008). p. 758-64.

MINATO, J. F. - Is it time to push? Examining rest in second-stage labor. *AWHONN Lifelines*. Vol. 4. n.º 6 (2000). p. 20-3. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/>>.

MOUSA, W. F. ; AL-METWALLI, R.; MOSTAFA, M. - Epidural analgesia during labor vs no analgesia: A comparative study. *Saudi J Anaesth*. Vol. 6. n.º 1 (2012). p. 36-40. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.4103/1658-354x.93055>>.

NACHUM, Z.[et al.] - Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labor in prolonged latent phase: a randomized controlled

trial. *Reproductive Biology and Endocrinology*. Vol. 8. (2010). p. 136.
Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1186/1477-7827-8-136>>.

NAZARÉ, B.[et al.] - Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. (2010). p. 37-46. Disponível em WWW: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/14322>>.

NETO, C. N. ; SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M M. R. - Pre-eclampsia treatment according to scientific evidence. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* Vol. 32. n.º 9 (2010). p. 459-468.

NICE - Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies. In: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2006, 2006-07-20. <<http://publications.nice.org.uk/postnatal-care-cg37>>

NICE - Intrapartum care: care for healthy women and their babies during childbirth. In: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2007, 2012-10-04. <<http://guidance.nice.org.uk/CG55/NICEGuidance/pdf/English>>

NOGUEIRA, J. - Posições alternativas em trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. n.º n.º. 12 (2012).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Realização de Cardiotocografia - Parecer nº275/2010. 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. Disponível em WWW: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

OSBORNE, K. - Pushing Techniques Used by Midwives When Providing Second Stage Labor Care. *Wisconsin: Marquette University Milwaukee*: 2010.

POMEROY, E.; BRADFORD, E. G. - The Grief Assessment and Intervention Workbook: A Strengths Perspective. Belmont: 2009. Disponível em WWW: <http://books.google.pt/books/about/The_Grief_Assessment_and_Intervention_Wo.html?hl=pt-PT&id=0DpNXXJEcyYC>.

PRINS, M.[et al.] - Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. *Bjog*. Vol. 118. n.º 6 (2011). p. 662-70. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x>>.

PROFÍRIO, A. B. ; PROGIANTI, J. M.; SOUZA, D. O. M. - As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. *Rev. Eletr. Enf*. Vol. 12. n.º nº2 (2010). p. 331-6.

REZENDE, J - Obstetrícia. 6ª edição. 2005.

ROBERTS, J. - The "push" for evidence: management of second stage of labor. . *J Midwifery Womens Health*. Vol. 47. n.º 1 (2002). p. 2-15.

ROBERTS, J. E. - The "push" for evidence: management of the second stage. *J Midwifery Womens Health*. Vol. 47. n.º 1 (2002). p. 2-15. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/>>.

ROBERTS, J.; HANSON, L. - Best practices in second stage labor care: maternal bearing down and positioning. *J Midwifery Womens Health*. United States: 2007. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.12.011>>.Cap.

ROCHA, I. M. S.[et al.] - O Partograma como instrumento de análise na assistência ao parto. *Rev. Esc. Enferm. USP*. Vol. 43. n.º. 4 (2009). p. 880-8.

SANTOS, E. D.- Puerpério Normal. (2002) In OLIVEIRA E. D., MONTICELLI M., & BRÜGGEMANN O. Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: textos fundamentais. Florianópolis: 2ª edição, Cidade Futura, p. 117 - 133.

SARAIVA, H.- *Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção*. Lousã: Lidel. 2010.

SIMKIN, P.; ANCHETA, R. - The labour progress handbook. . *Blackwell and Science, Oxford*. (2000).

SMYTH, R. M. ; MARKHAM, C.; DOWSWELL, T. - Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol. 6. (2013). Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub4>>.

SODRÉ, T. M.[et al.] - Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto Contexto Enfermagem*. Vol. 19. n.º N°3 (2010). p. 452-60.

SOUSA, L. D.[et al.] - A produção científica de enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. *Rev. Esc. Enferm. USP*. Vol. 45. n.º nº. 2 (2011). p. 494-500.

SOUZA, A. S. R.[et al.] - Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *FEMINA*. Vol. 38. n.º 4 (2010).

SOUZA, M. T. ; SILVA, M. D. ; CARVALHO, R. - Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. Vol. 8. n.º nº. 1 (2010). p. 102-6.

SOUZA, N. L. [et al.] - Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 41. n.º 5 (2007). p. 704-710.

THOMPSON, H. - Promoting normal birth: Appropriate use of intrapartum cardiotocography. *British Journal of Midwifery*. Vol. 19. n.º 10 (2011).

VERINGA, I. [et al.] - Pain cognitions as predictors of the request for pain relief during the first stage of labor: a prospective study *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Vol. 32. n.º 3 (2011). p. 119-125.

YILDIRIM, G.; BEJI, N. K. - Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth*. Vol. 35. n.º 1 (2008). p. 25-30. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00208.x>>.

ANEXOS

Anexo I - Partos Executados e Participados ao Longo do Estágio

DATA	PARTOS EXECUTADOS		PARTOS PARTICIPADOS	
	Com Episiotomia	Sem Episiotomia	Cefálicos	Pélvicos
25/MAR			x	
25/MAR		x		
25/MAR	x			
26/MAR			x	
06/ABR	x			
06/ABR	x			
07/ABR		x		
12/ABR		x		
12/ABR	x			
12/ABR			x	
12/ABR	x			
12/ABR	x			
18/ABR	x			
18/ABR	x			
18/ABR			x	
19/ABR	x			
19/ABR	x			
21/ABR	x			
21/ABR	x			
24/ABR	x			
24/ABR		x		
24/ABR	x			
24/ABR	x			
30/ABR			x	
30/ABR			x	
30/ABR	x			
30/ABR			x	
30/ABR	x			
01/MAI		x		
01/MAI	x			
01/MAI	x			
03/MAI	x			
03/MAI				x

03/MAI				X	
06/MAI				X	
06/MAI				X	
18/MAI	X				
19/MAI	X				
19/MAI				X	
19/MAI		X			
19/MAI	X				
24/MAI	X				
24/MAI				X	
24/MAI		X			
25/MAI	X				
25/MAI	X				
25/MAI		X			
25/MAI	X				
29/MAI	X				
30/MAI	X				
30/MAI	X				
03/JUN	X				
03/JUN	X				
06/JUN				X	
11/JUN				X	
11/JUN	X				
12/JUN				X	
12/JUN	X				
15/JUN	X				
15/JUN	X				
26/JUN	X				
26/JUN	X				
26/JUN	X				
29/JUN				X	
29/JUN	X				
05/JUL	X				
06/JUL	X				
TOTAL	42	8	16	1	
	50		17		